

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Beneficios de la terapia psicológica grupal frente al
tratamiento estándar en el abordaje de la obesidad en el área
de Vallecas**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Miriam Patricia Félix Alcántara

Directores

Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Amo
Cristina Fernández Pérez
Josefa Pérez-Templado Ladrón de Guevara

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psiquiatría

Programa de Doctorado Investigación en Ciencias Médico-Quirúrgicas



TESIS DOCTORAL

**BENEFICIOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA
GRUPAL FRENTE AL TRATAMIENTO
ESTÁNDAR EN EL ABORDAJE DE LA
OBESIDAD EN EL ÁREA DE VALLECAS**

Miriam Patricia Félix Alcántara

Directores:

Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

Cristina Fernández Pérez

Josefa Pérez-Templado Ladrón de Guevara

Madrid, 2019

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS
PRESENTADA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR**

Dña. **MIRIAM PATRICIA FÉLIX ALCÁNTARA** con número de **DNI 53410825H**, estudiante del **Programa de Doctorado INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS**, de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, como autora de la **tesis** presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

**BENEFICIOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL FRENTE AL TRATAMIENTO
ESTÁNDAR EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD EN EL ÁREA DE VALLECAS**

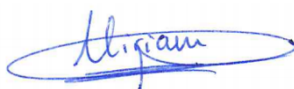
y dirigida por Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo, Cristina Fernández Pérez y Josefa Pérez-Templado Ladrón de Guevara.

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de la cita.

Del mismo modo, asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Madrid, a 10 de junio de 2019



Fdo.: Miriam P. Félix Alcántara

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Programa de Doctorado Investigación en Ciencias Médico-Quirúrgicas
Departamento de Psiquiatría



BENEFICIOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL FRENTE AL TRATAMIENTO ESTÁNDAR EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD EN EL ÁREA DE VALLECAS

Autor:

Miriam Patricia Félix Alcántara

Directores:

Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

Jefe de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor.
Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la UCM.
fjquintero@med.ucm.es

Cristina Fernández Pérez

Jefe de Medicina Preventiva y Responsable de la Unidad de Metodología y Epidemiología
Clínica del Hospital Clínico San Carlos.
Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la UCM.
cristinafernandezperez@enf.ucm.es

Josefa Pérez Templado Ladrón de Guevara

Psiquiatra. Hospital Ramón y Cajal.
pepaptlg@gmail.com

Madrid, 2019

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Programa de Doctorado Investigación en Ciencias Médico-Quirúrgicas

Departamento de Psiquiatría



**BENEFICIOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL
FRETE AL TRATAMIENTO ESTÁNDAR EN EL
ABORDAJE DE LA OBESIDAD EN EL ÁREA DE VALLECAS**

Trabajo de investigación presentado por **Miriam Patricia Félix Alcántara** para optar al grado de Doctor en Investigación en Ciencias Médico-Quirúrgicas

VºBº Director:

Firma manuscrita de Dr. Javier Quintero en tinta negra.

Dr. Javier Quintero

VºBº Directora:

Firma manuscrita de Dra. Cristina Fernández Pérez en tinta negra.

Dra. Cristina Fernández Pérez.

VºBº Directora

Firma manuscrita de Dra. Josefa Pérez-Templado en tinta azul.

Dra. Josefa Pérez-Templado

Madrid, 2019

Proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria correspondiente al año 2016 de concesión de subvenciones de la Acción Estratégica en Salud 2013-2016, del Programa Estatal de Investigación Orientada a los Retos de la Sociedad, en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016; con el código expediente PI16/01275, cofinanciado por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

“Caminando en línea recta no puede uno llegar muy lejos.”

Antoine de Saint-Exupéry (El Principito).

A Rubén, Oliver y Abel por hacer que me sienta la persona más afortunada del mundo.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que, de una u otra forma, han contribuido para que este proyecto fuera posible.

En primer lugar, quiero agradecer a los pacientes su participación, sobre todo, a los que han llegado hasta el final, pues hacer terapia no siempre es fácil y han confiado en “mi método” lo suficiente para que haya valido la pena el proceso. La verdadera recompensa a mi trabajo no está en esta tesis, sino en lo que ellos han hecho en sus vidas.

A Javier Quintero porque, casi sin conocerme, me dio alas, y logística, para llevar este proyecto adelante. El interés en investigar siempre estuvo en mí, pero hasta que no le conocí no pude llevarlo adelante.

A Cristina Fernández por la inspiración, por los conocimientos y por la orientación, porque siempre me dejás con más ganas de aprender.

A Pepa Pérez-Templado por la dirección y por ponerme las pilas, sin ella me hubiera perdido y no hubiera llegado hasta aquí.

A Cristina Banzo, mi incansable compañera de fatigas, porque sin ella el programa de obesidad no hubiera llegado a convertirse en lo que es hoy.

A Eva Ruiz, por haberme apoyado emocional y logísticamente desde el minuto uno, y por haber protegido mi proyecto mientras yo no estaba.

A mis chicas, María, Irene, Cristina, Alicia y Rocío, que acudieron en mi ayuda cuando no podía respirar y me han apoyado hasta el final. Espero que sean muchos los proyectos que realicemos juntas.

A Belén Rodríguez-Borlado, por haber cuidado de mis grupos cuando hizo falta.

A Isabel Morales, porque llevemos adelante el proyecto que sea, ella nunca falla.

A mi hermano Rubén, porque sin sus conocimientos y apoyo logístico hubiera tardado al menos un par de años más en acabar. Y gracias al proyecto, por habernos acercado de nuevo.

A Teresa y Rocío, de la biblioteca del HUIL, por todo lo que me habéis ensañado y todo lo me habéis facilitado. Para mí, sois el recurso más valioso de todo el hospital.

A Rosa Calvo Sagardoy, porque ella me regaló su visión de los TCA, porque de ella aprendí mucho de lo que ahora sé, y porque, sin ella, nunca me hubiera dedicado a este ámbito que tanto me apasiona.

A Natalia Seijo, porque cuando pensaba que ya lo sabía casi todo de los TCA, me descubriste un mundo nuevo.

A mi Rubio, ... no tengo palabras en realidad para describir lo agradecida que me siento por tenerte en mi vida, por ser mi compañero de viaje, por haberme dado una familia maravillosa y, recientemente, por tanta abnegación para que yo pudiera acabar esta tesis.

A mis hijos, Oliver y Abel, por sus sonrisas, por sus besos, por sus abrazos, ... por redescubrirme el concepto de apego.

A mis padres, por habérmelo puesto todo siempre tan fácil para desarrollarme profesionalmente, porque sin ellos sí que no hubiera llegado hasta aquí.

Y a Aitor, porque sé que me has estado acompañando desde el cielo, ¡cuánto te echo de menos!

ÍNDICE

ABREVIATURAS	15
ÍNDICE DE TABLAS	19
ÍNDICE DE FIGURAS	21
RESUMEN	23
SUMMARY	27
1. INTRODUCCIÓN	31
1.1 Obesidad como problema sin resolver.	31
1.2 Más allá del peso: aportaciones desde una perspectiva Bio-Psico-Social.	33
1.2.1 La obesidad como Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).....	38
1.2.2 Psicopatología en el paciente con obesidad.....	42
1.3 Intervención psicológica en obesidad.	44
1.3.1 Identificación e intervención sobre factores moduladores.	45
1.3.2 Nuevos enfoques terapéuticos.	47
1.4 Intervenciones grupales.	55
1.4.1 Factores terapéuticos de la terapia de grupo.....	55
1.4.2 Intervenciones grupales en obesidad.	59
1.4.3 Comparación de la eficacia de intervenciones individuales y grupales.	73
2 INTERÉS DEL ESTUDIO, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	77
2.1 Interés del estudio	77
2.2 Hipótesis	80
2.3 Objetivos	81
2.3.1 Objetivo general	81
2.3.2 Objetivo primario	81
2.3.3 Objetivos secundarios.....	81
3 METODOLOGÍA	83
3.1 Diseño	83
3.2 Sujetos de estudio	83
3.3 Descripción de la intervención “Programa PsicoObe”	84
3.3.1 Presentación y encuadre de la intervención.....	84
3.3.2 Filosofía de la intervención.	85
3.3.3 Módulos y sesiones de Intervención.....	87
3.4 Variables	91
3.5 Instrumentos	93
3.5.1 Tanita BC 420MA Profesional.	93
3.5.2 Tallímetro SECA 216.	93
3.5.3 Inventario de Trastornos Alimentarios, 3ª Edición, EDI-3.	93
3.5.4 Listado de 90 Síntomas, revisado, SCL-90-R.	97
3.5.5 Cuestionario sobre el estado de salud SF-36.	100
3.5.6 Escala de Evaluación al Cambio de la Universidad de Rhode Island, URICA 102	

3.5.7	Test de la Dieta Mediterránea, KIDMED.....	104
3.6	Procedimiento.....	105
3.6.1	Sistematización del programa de intervención psicológica grupal “PsicoObe”.	105
3.6.2	Procedimiento de Reclutamiento.....	105
3.6.3	Procedimiento de inclusión: la “sesión de inicio”.....	105
3.6.4	Desarrollo de la intervención.....	107
3.6.5	Seguimiento de los participantes.	108
3.7	Análisis de datos.	109
4	RESULTADOS.....	111
4.1	Reclutamiento de pacientes para el estudio.....	111
4.2	Descripción de la muestra.....	114
4.2.1	Datos sociodemográficos.....	114
4.2.2	Descripción de la situación clínica de partida.	116
4.2.3	Descriptivos de la alteración en conducta alimentaria y variables relacionadas	120
4.2.4	Descripción de la Sintomatología Psiquiátrica (SCL-90-R).....	124
4.2.5	Estado motivacional al inicio del estudio.	127
4.2.6	Adherencia a la Dieta Mediterránea	127
4.2.7	Descriptivos de la escala de Calidad de vida relacionada con la salud.	128
4.2.8	Datos de seguimiento de la intervención multidisciplinar.....	130
4.3	Análisis del cambio en variables de resultado.	131
4.3.1	Variable primaria: diferencia de peso de los seguimientos respecto de la evaluación inicial.	131
4.3.2	Alteración de la conducta alimentaria y variables relacionadas.....	134
4.3.3	Modificación de la sintomatología psiquiátrica.....	141
4.3.4	Motivación al cambio	147
4.3.5	Cambios en la alimentación post-tratamiento.	149
4.3.6	Calidad de vida relacionada con la salud.....	151
4.4	Correlación entre los cambios en el peso y los índices de las escalas psicológicas.	154
4.4.1	Variación del peso a los 6 y 12 meses.	154
4.4.2	Variación del peso y alteración de la conducta alimentaria.	155
4.4.3	Variación del peso y sintomatología psiquiátrica.....	157
4.4.4	Variación del peso, motivación al cambio y adherencia a la Dieta Mediterránea.	159
4.4.5	Variación del peso y calidad de vida relacionada con la salud.	160
4.5	Análisis estratificado de la variable principal “efecto absoluto en el peso al año”	161
4.5.1	Análisis estratificado en Protocolo.	162
4.5.2	Análisis estratificado en intención de tratamiento (ITT).....	168
5	DISCUSIÓN.....	173
5.1	Análisis de los datos antropométricos.	173
5.2	Efectos de la intervención sobre la conducta alimentaria.	176
5.3	Impacto sobre la disregulación emocional.....	181

5.4	El cambio en la insatisfacción corporal.....	187
5.5	Calidad de vida relacionada con la salud.....	189
5.6	Reflexiones finales.	191
5.7	Fortalezas y limitaciones del estudio.	195
6	CONCLUSIONES	199
7	REFERENCIAS	201
8	ANEXOS	215
8.1	Anexo I - Hoja de Información al paciente.	215
8.2	Anexo II: Consentimiento informado.....	219
8.3	Anexo III: CEIC	220
8.4	Anexo IV: Escalas	221
8.5	Anexo V: Registro de variables clínicas y sociodemográficas.....	232

ABREVIATURAS

A	Ascetismo, escala del EDI-3.
AAPR	Adult Attachment Prototype Rating
ACT	Terapia Centrada en las emociones
ADI	Escala adicional, escala del SCL90-R
AF	Análisis funcional
AN	Anorexia Nerviosa
ANS	Ansiedad, escala del SCL90-R
APC	Problemas Afectivos, índice del EDI-3.
AUDIT-C	Cuestionario de consumo de alcohol
B	Bulimia, escala del EDI-3.
BD	Insatisfacción Corporal, escala del EDI-3.
BDI	Beck Depression Inventory, Inventario de la depresión de Beck
BES	Escala de atracones
BIAAQ	Cuestionario de aceptación y acción de la imagen corporal
BIS-11	Barratt Impulsivity Scale
BN	Bulimia Nerviosa
BP	Dolor Corporal, escala del Cuestionario de Salud SF36
BSI	Inventario Breve de síntomas
BSQ	Cuestionario de insatisfacción corporal
BUT	Inquietud corporal
CAM	Comunidad Autónoma de Madrid
CBAS	Escala de evitación conductual
CGI-C	Escala de Impresión Global clínica de cambio
CGI-S	Escala de Impresión Global Clínica de Gravedad
CIBER-OBN	Centro de Investigación Biomédica en Red: Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición
CIBER-SAM	Centro de Investigación Biomédica en Red: Salud Mental
CORE	Clinical Outcomes in Routine Evaluation
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud.
DAS	Escala de ajuste diádico
DBC	Dieta baja en calorías
DE	Desviación Estándar

DEP	Depresión, escala del SCL90-R
DT	Obsesión por la Delgadez, escala del EDI-3.
ED	Desajuste Emocional, escala del EDI-3.
EDE	Eating Disorders Examination
EDI-2	Inventario de trastornos de la conducta alimentaria
EDI-3	Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª Edición (Eating Disorders Inventory, 3 rd Edition)
EDRC	Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, índice del EDI-3.
EEDE-Q	Entrevista de examen de desorden alimentario
EES	Escala de alimentación
EGB	Educación General Básica.
EMDR	Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing)
ESO	Educación secundaria obligatoria.
Fam.	Familia.
FF	Función Física (FF)
FOB	Ansiedad fóbica, escala del SCL90-R
FP II	Formación profesional de segundo grado.
GH	Salud General, escala del Cuestionario de Salud SF36
GHQ-12	Cuestionario de Salud General
GPMC	Desajuste Psicológico General, índice del EDI-3.
GQ	Cuestionario de grupo
GSES	Escala de Autoeficacia
GSI	Índice de gravedad general
HAES	Salud para todos los tamaños
HAMD	Escala para depresión de Hamilton
HOS	Hostilidad, escala del SCL90-R
HTAS	Health and Taste Attitudes Scale
HUIL	Hospital Universitario Infanta Leonor
IA	Desconfianza Interpersonal, escala del EDI-3.
IC	Ineficacia, índice del EDI-3.
ID	Déficit Introceptivos, escala del EDI-3.
IDQ	Índice de calidad de la dieta
IES	Comportamiento alimenticio la escala de alimentación intuitiva

IGS	Índice Global de Severidad, índice del SCL90-R
II	Inseguridad Interpersonal, escala del EDI-3.
IIP	inventario de los problemas interpersonales
ILP:	Incapacidad laboral permanente.
ILT:	Incapacidad laboral temporal.
IMC	Índice de Masa Corporal.
IMC	Terapia de resolución de problemas
INT	Sensibilidad interpersonal, escala del SCL90-R
IPAQ	Cuestionario Internacional de Actividad Física
IPC	Problemas Interpersonales, índice del EDI-3.
KIDMED	Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea.
LSE	Baja Autoestima, escala del EDI-3.
MAAS	Mindful Attention Awareness Scale
MBE	Medicina basada en la evidencia
MF	Miedo a la Madurez, escala del EDI-3.
MH	Salud Mental, escala del Cuestionario de Salud SF36
OBS	Obsesión-compulsión, escala del SCL90-R
OC	Exceso de Control, índice del EDI-3.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OQ-45	Cuestionario de resultados-45
ORWELL 97	Cuestionario de bienestar relacionado con la obesidad
PA	Alienación Personal, escala del EDI-3.
PA	Perfeccionismo, escala del EDI-3.
PAR	Ideación paranoide, escala del SCL90-R
PHQ-9	Cuestionario de salud del paciente
PSC	Psicología Clínica
PSDI	Índice Positivo de malestar, índice del SCL90-R
PSI	Psicoticismo, escala del SCL90-R
PST	Total de síntomas positivos, índice del SCL90-R
RE	Rol Emocional, escala del Cuestionario de Salud SF36
REBS	Regulation of Eating Behavior Scale
RECALPAR	RECALL
RIC	Rango intercuartil
RP	Rol Físico, escala del Cuestionario de Salud SF36

RSE	Rosenberg's Self-Esteem Scale
SCL-90-R	Cuestionario de los 90 Síntomas, revisado (Symptom Checklist)
SCL-90-R	Lista de verificación de síntomas revisado
SF	Función Social, escala del Cuestionario de Salud SF36
SF-36	Escala SF36 de Calidad de vida relacionada con la Salud (SF36 Health Survey)
SOM	Somatización, escala del SCL90-R
SPSI	Inventario de solución de problemas
STAI	Cuestionario de ansiedad estado-rasgo
STAXI	Inventario de expresión de la ira estado-rasgo
SWLS	Escala de satisfacción con la vida
TA	Trastorno por Atracón.
TA	Trastorno por atracón.
TC	Tratamiento conductual estándar
TCA	Trastorno Conducta Alimentaria.
TCC	Terapia cognitivo conductual
TCI	Inventario de temperamento y carácter
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático.
TFEQ	Cuestionario de alimentación de tres factores
TIP	Terapia interpersonal
TPR	terapia de prevención de recaídas
TUS	Trastorno por Uso de Sustancias.
URICA	University of Rhode island Change Assessment Scale (Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island).
VASs	Visual Analogue Scales
VT	Vitalidad, escala del Cuestionario de Salud SF36
WEL	cuestionario de estilo de vida de eficacia de peso

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad.	61
Tabla 2. Sesiones del Programa PsicoObe.....	88
Tabla 3. Escalas e índices del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3 ^a Edición (EDI-3).	94
Tabla 4. Índices y escalas del Cuestionario de 90 Síntomas, revisado (SCL90-R).	98
Tabla 5. Escalas e índices del Cuestionario de Salud SF36.....	101
Tabla 6. Datos descriptivos de las variables sociodemográficas al inicio del estudio.....	115
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la variable primaria, peso, y variables relacionadas. ...	117
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de los antecedentes personales tanto somáticos como psiquiátricos de los participantes del estudio.....	119
Tabla 9. Puntuaciones iniciales en el EDI-3 y su diferenciación respecto de los valores normativos del cuestionario	121
Tabla 10. Puntuaciones iniciales en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).....	123
Tabla 11. Puntuaciones iniciales en el SCL90-R y su diferenciación respecto de los valores normativos del cuestionario	125
Tabla 12. Comparación de las puntuaciones iniciales del SCL90-R entre el grupo de intervención y el grupo control.	126
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de los estadios de cambio según el cuestionario R-URICA.	127
Tabla 14. Estadísticos descriptivos de la evaluación inicial de la adherencia a la Dieta Mediterránea a través del test KIDMED.	128
Tabla 15. Puntuaciones iniciales en el SF36 y su diferenciación respecto de los valores normativos del cuestionario	129
Tabla 16. Comparación de las puntuaciones iniciales del SF36 entre el grupo de intervención y el grupo control.	130
Tabla 17. Datos de seguimiento al programa asistencial estándar.....	131
Tabla 18. Efectos absolutos intragrupo en peso e IMC a los 6 y 12 meses.	132
Tabla 19. Diferencias entregrupos entre los efectos absolutos de peso e IMC a los 6 y 12 meses en ITT y Protocolo.	133
Tabla 20. Diferencias intragrupo a los 6 y 12 meses en los índices del EDI-3 y su significación respecto del "no cambio", es decir, en qué índices han mejorado significativamente los pacientes; en Protocolo	134
Tabla 21. Diferencias a los 6 y 12 meses en las escalas clínicas del EDI-3 y su significación respecto del "no cambio", en Protocolo.....	135
Tabla 22. Efectos absolutos intragrupo en las escalas psicológicas del EDI-3 a los 6 y 12 meses, en Protocolo.	136
Tabla 23. Efectos absolutos entregrupo en los índices del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) a los 6 y 12 meses, en protocolo.	137
Tabla 24. Diferencia a los 6 meses y a los 12 meses en protocolo de las escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).....	140
Tabla 25. Efectos absolutos intragrupo en los índices del SCL90-R a los 6 y 12 meses, en Protocolo	142
Tabla 26. Efecto absoluto intragrupo en las escalas del SCL90-R; en Protocolo.....	144
Tabla 27. Diferencia a los 6 meses y a los 12 meses entre los grupos de estudio, en protocolo, de los índices y escalas del SCL90-R.	146
Tabla 28. Efectos absolutos en las escalas del R-URICA a los 6 y 12 meses, en Protocolo.	147

Tabla 29. Efecto absoluto en las escalas del R-URICA a los 6 meses y a los 12 meses, en protocolo.....	148
Tabla 30. Efecto absoluto intragrupo en Test KIDMED a los 6 meses y a los 12 meses; en protocolo.....	149
Tabla 31. Efecto absoluto entregrupos en Test KIDMED a los 6 meses y a los 12 meses; en protocolo.....	150
Tabla 32. Efecto absoluto intragrupo en las escalas del SF36 a los 6 y 12 meses; en Protocolo.....	152
Tabla 33. Diferencia a los 6 meses y a los 12 meses entre los grupos de estudio, en protocolo, de los índices y escalas del SF36.....	153
Tabla 34. Correlaciones entre las variaciones de peso y las variaciones los índices de 2º orden del EDI-3 a los 6 y 12 meses, en Protocolo.....	156
Tabla 35. Correlaciones entre las variaciones de peso y las escalas clínicas del EDI-3 a los 6 y 12 meses, en Protocolo.....	157
Tabla 36. Correlaciones en Protocolo entre las variaciones de peso y las variaciones de los índices del SCL90-R a los 6 y a los 12 meses.....	158
Tabla 37. Correlaciones en Protocolo entre las variaciones de peso y las variaciones a los 6 y a los 12 meses de la escala “Acción” del R-URICA y la puntuación total de Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea.....	159
Tabla 38. Correlaciones en Protocolo entre las variaciones de peso y las variaciones de los índices resumen del SF36 a los 6 y a los 12 meses.....	160
Tabla 39. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de variables sociodemográficas, en protocolo.....	163
Tabla 40. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de variables relacionadas con el peso, en protocolo.....	164
Tabla 41. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de los antecedentes psiquiátricos, en protocolo.....	165
Tabla 42. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función los antecedentes médico-somáticos, en protocolo.....	166
Tabla 43. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función los índices principales de los test psicométricos, en protocolo.....	167
Tabla 44. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de variables sociodemográficas, en ITT.....	168
Tabla 45. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de variables relacionadas con el peso, en ITT.....	169
Tabla 46. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de los antecedentes psiquiátricos, en ITT.....	170
Tabla 47. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de los antecedentes médico-somáticos, en ITT.....	171
Tabla 48. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función los índices principales de los test psicométricos, en ITT.....	172

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Criterios SEEDO para clasificar la obesidad en grados según el IMC.	31
Figura 2. Datos de la evolución del sobrepeso y la obesidad en España de 1987 a 2017, según la Encuesta Nacional de Salud 2017.	32
Figura 3. Propuesta de modelo causal de la obesidad paso a paso de Hemmingsson.	35
Figura 4. Propuesta de Hemmingsson de cómo influirían los factores psicológicos y el malestar emocional en el punto de ajuste del peso corporal (tomado de Hemmingsson, 2014).	37
Figura 5. Factores de riesgo compartidos entre obesidad y los TCA (Tomado de Villarejo, 2012)	39
Figura 6. Núcleo psicopatológico común de la obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.	40
Figura 7. Continuidad conceptual entre TCA y Obesidad (Tomado de Calvo Medel, 2012) .	42
Figura 8. Enfoques psicoterapéuticos en obesidad clasificados en función de su objetivo terapéutico principal.....	55
Figura 9. Tríada de la Medicina Basada en la Evidencia.....	77
Figura 10. Aspectos nucleares de la intervención psicológica en el Programa PsicoObe.....	85
Figura 11. Módulos de intervención del Programa PsicoObe	87
Figura 12. Proceso de reclutamiento de participantes.	106
Figura 13. Programa de Atención Integral al Paciente con Obesidad del Hospital Universitario Infanta Leonor.....	107
Figura 14. Diagrama de flujo de un ensayo clínico aleatorizado que compara el tratamiento estándar para la obesidad en un hospital general con la realización de un programa de psicoterapia grupal “Programa PsicoObe” añadido al tratamiento estándar.	112
Figura 15. Perfil de puntuaciones T en el EDI-3 al inicio del estudio y en comparación con el rango clínico típico y con muestra no clínica de comparación.	120
Figura 16. Perfil de puntuaciones T en el SCL90-R al inicio del estudio en los grupos de intervención y control.	124
Figura 17. Puntuaciones iniciales en el test SF36.....	128
Figura 18. Diferencia de peso a los 6 meses y a los 12 de meses de seguimiento en Protocolo.	133
Figura 19. Diferencias en Protocolo entre grupo de intervención y control a los 6 y 12 meses respecto de la puntuación inicial en el índice de 2º orden "Riesgo de TCA" (EDRC) expresado en puntuaciones T	138
Figura 20. Diferencias al año de estudio en Protocolo de las escalas clínicas del EDI-3 en el grupo de intervención y el grupo control.	139
Figura 21. Comparación de las puntuaciones del EDI-3 al inicio y al fin del estudio, en protocolo, y en relación con los valores normativos del cuestionario.	141
Figura 22. Diferencias a los 12 meses con respecto de la puntuación inicial de los índices del SCL90-R en el grupo de intervención y el grupo control, en Protocolo.....	143
Figura 23. Comparación de las puntuaciones del SCL90-R al inicio y al fin del estudio, en protocolo, y en relación con los valores normativos del cuestionario.	145
Figura 24. Diferencias en Protocolo entre grupo de intervención y control a los 6 y 12 meses respecto de la puntuación inicial en la escala Acción del R-URICA.	149
Figura 25. Diferencias en Protocolo entre grupo de intervención y control a los 6 y 12 meses respecto de la puntuación inicial la puntuación total del KIDMED.	150
Figura 26. Comparación de las puntuaciones del SF36 al inicio y al fin del estudio, en protocolo, y en relación con los valores normativos del cuestionario.	151

Figura 27. Diferencias a los 12 meses con respecto de la puntuación inicial de los índices del SF36 en el grupo de intervención y el grupo control, en Protocolo.	154
Figura 28. Gráfico de dispersión con las variables diferencia entre el peso inicial y el peso a los 6 meses y la variable diferencia entre el peso inicial y el peso a los 12 meses, en grupo de intervención y grupo control; en Protocolo.	155

RESUMEN

CONTEXTO.

La Obesidad se ha convertido en una pandemia que está afectando no solo a la salud física, sino también a la salud mental de la población que la presenta. Según la Encuesta Nacional de Salud 2017, en la población adulta española la prevalencia de obesidad estaba en el 17%, habiéndose incrementado en un 2,5% desde 2006. Se está observando, por tanto, un crecimiento incesante y preocupante, que está teniendo repercusiones importantes en términos de salud, calidad de vida y coste sanitario.

La obesidad tiene una etiología y una evolución complejas en las que se combinan factores genéticos, biológicos, ambientales, socioculturales y, naturalmente, varios factores de índole psicológica. De hecho, cada vez son más los estudios que señalan a los factores psicológicos como los causantes de la resistencia al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio en personas con obesidad.

Algunos autores, entre los que nos encontramos, plantean incluso que la obesidad debiera considerarse un trastorno alimentario (TCA) por diversos motivos: 1) comparten factores de riesgo; 2) presentan un núcleo sintomatológico común caracterizado por la alteración del patrón alimentario, las dificultades en regulación emocional, la insatisfacción corporal y la afectación en la calidad de vida; y 3) se ha observado una interrelación entre curso de los TCA y la obesidad.

En este contexto, consideramos imprescindible el abordaje terapéutico de los factores psicológicos para lograr cambios significativos y duraderos, siempre dentro de un abordaje multidisciplinar. Algunos tratamientos psicológicos ya han mostrado eficacia, sin embargo, aún quedan retos pendientes, como lograr el mantenimiento de los resultados a largo plazo e ir más allá del peso, mejorando el bienestar emocional de la persona con obesidad.

Por otra parte, dada la elevada prevalencia de la obesidad, las intervenciones psicológicas individuales son difíciles de asumir desde el Sistema Nacional de Salud, planteándose las intervenciones psicoterapéuticas grupales como una alternativa coste-eficiente.

En el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL), donde veníamos desarrollando desde 2009 el Programa de Atención Integral al paciente con obesidad, hemos desarrollado un

programa de intervención psicoterapéutica grupal, “el Programa PsicoObe”, que consta de 20 sesiones semanales de 90 minutos y 1 sesión de recuerdo 3 meses después, realizándose en grupo cerrado con un máximo de 12 pacientes cada grupo.

El objetivo de este estudio de investigación es valorar la eficacia del “Programa PsicoObe” para disminuir el peso corporal, el patrón alimentario alterado, mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de pacientes obesos.

MÉTODOS.

Se realizó un ensayo clínico unicéntrico, abierto, paralelo, con número de registro NCT03937167. De 306 personas con obesidad evaluadas, se aleatorizaron 118 a dos grupos de estudio: el grupo control (n=61), que realiza el tratamiento estándar que ya venía realizándose en el HUIL dentro del Programa de Atención Integral al paciente con obesidad; y el grupo de intervención (n=57) que, además del tratamiento estándar realizó el Programa PsicoObe. Se registraron variables clínicas y sociodemográficas, se tomaron medidas antropométricas y se evaluó mediante cuestionarios validados el riesgo de TCA (EDI-3), indicadores de psicopatología (SCL90-R), adherencia a la dieta mediterránea (KIDMED), calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) y motivación al cambio (R-URICA). Las medidas se registraron antes de la intervención, a los 6 meses y a los 12 meses. Tras comparar la homogeneidad de los grupos por relevancia clínica, se evaluaron los efectos absolutos intragrupo y entregupo de la intervención a los 6 y 12 meses, se realizó un análisis por estratos de la variable primaria y, finalmente, se calcularon las correlaciones de las variables más importantes.

RESULTADOS.

81 personas, 38 del grupo de intervención y 43 del grupo control terminaron el estudio.

A los 12 meses, el grupo de intervención pierde 2,8 kg (RIC -6,8; 0,9), siendo una reducción significativa del peso ($p<0,01$) y superior a la encontrada en el grupo control ($p<0,01$). El Riesgo de TCA, elevado en ambos grupos al inicio, se reduce en 6,7 puntos (DE 6,2) en el grupo de intervención, resultando una mejora significativa ($p<0,01$) y superior a la encontrada en el grupo control ($p<0,01$). Asimismo, en el grupo de intervención se redujeron los indicadores de psicopatológica, el Índice Global de Severidad se redujo en 5,4 puntos (DE

10,6; $p<0,01$) y el índice Total de Síntomas positivo se redujo en 4,5 puntos (DE 11,3; $p<0,05$); aunque no se encontraron diferencias entre grupos. Respecto de la calidad de vida, mejoraron los indicadores de salud física de forma similar en ambos grupos, mientras que en salud mental solo mejoraron algunas escalas concretas. En el análisis estratificado se encontraron resultados similares en todos los estratos que tenían un tamaño evaluable. Y finalmente, en las correlaciones se encontró que, en el grupo de intervención, la mejora en las variables psicológicas no se asociaba a la pérdida de peso.

CONCLUSIONES.

El “Programa PsicoObe” se ha mostrado como una alternativa terapéutica eficaz para reducir el peso corporal, mejorar la alimentación y los síntomas alimentarios, disminuir la insatisfacción corporal y la obsesión por adelgazar, reducir la psicopatología y el malestar psicológico a través de una mejor regulación emocional y mejorar la calidad de vida. Los resultados obtenidos a los 6 meses tras finalizar el tratamiento continuaron mejorando en la evaluación a 12 meses.

Asimismo, nuestros resultados apoyan la idea de que la Obesidad debiera considerarse un TCA ya que, en nuestros pacientes, hemos encontrado el mismo núcleo psicopatológico descrito en los TCA.

Beneficios de la intervención psicológica grupal en obesidad

SUMMARY

BACKGROUND

Obesity has become a pandemic that is affecting not only physical health, but also mental health of the population that presents it. According to the National Health Survey 2017, in the Spanish adult population the prevalence of obesity was 17%, having increased by 2.5% since 2006. An incessant and worrying growth is therefore being observed, which is having important repercussions in terms of health, life quality and health cost.

Obesity has a complex etiology and evolution in which genetic, biological, environmental, sociocultural and psychological factors are combined. In fact, studies increasingly point to psychological factors as the cause of resistance to change in eating and exercising habits in people with obesity.

Some authors, including ourselves, even suggest that obesity should be considered an Eating Disorder (ED) for several reasons: 1) they share risk factors; 2) they present a common symptomatologic nucleus characterized by the alteration of the eating pattern, the difficulties in emotional regulation, the body dissatisfaction and the quality of life affectation; and 3) an interrelation between the course of eating disorders and obesity has been observed.

In this context, we consider the therapeutic approach of psychological factors essential in order to achieve significant and lasting changes, always within a multidisciplinary treatment. Some psychological treatments have already shown efficacy, however, there are still pending challenges, such as achieving long-term results and going beyond weight, improving the emotional well-being of the person with obesity.

In addition, given the high prevalence of obesity, individual psychological interventions are too expensive for the National Health System, considering group psychotherapeutic interventions as a cost-efficient alternative.

At the Infanta Leonor University Hospital (HUIL), where we had been developing the “Comprehensive Care Program for patients with Obesity” since 2009, we have designed a psychotherapy group program, "PsicoObe Program", which consists of 20 weekly sessions of 90 minutes and 1 session 3 months later, performed in a closed group with a maximum of 12 patients each group.

The objective of this research is to assess the effectiveness of the "PsicoObe Program" to reduce body weight, eating disorders symptoms, improve psychological well-being and quality of life of obese patients.

METHODS

An unicentric, open, parallel clinical trial, with registration number NCT03937167, was performed. Of 306 people with obesity assessed, 118 were randomized to two study groups: the control group ($n = 61$), who underwent the standard treatment that had already been carried out in the HUIL; and the intervention group ($n = 57$) that, in addition to the standard treatment, carried out the PsicoObe Program. Clinical and sociodemographic variables were recorded, and anthropometric measures were taken. Through validated questionnaires we assessed the risk of eating disorders (EDI-3), indicators of psychopathology (SCL90-R), adherence to the Mediterranean diet (KIDMED), quality of life (SF-36) and motivation to change (R-URICA). The measures were recorded before the intervention, at 6 months and at 12 months. After comparing the homogeneity of the groups by clinical relevance, the absolute intragroup and intergroup intervention effects were evaluated at 6 and 12 months, a stratum analysis of the primary variable was performed and, finally, correlations of the variables were calculated.

RESULTS

81 patients, 38 from the intervention group and 43 from the control group, finished the study. At 12 months, the intervention group lost 2.8 kg (interquartile range -6.8, 0.9), being a significant reduction in weight ($p < 0.01$) and higher than found in control group ($p < 0.01$). The eating disorders risk, elevated in both groups at baseline, was reduced by 6.7 points (SD 6.2) in the intervention group, resulting in a significant improvement ($p < 0.01$) and higher than that found in the group control ($p < 0.01$). Also, in the intervention group, the psychopathological indicators were reduced, the Global Severity Index was reduced by 5.4 points (SD 10.6, $p < 0.01$) and the Total Positive Symptoms index was reduced by 4, 5 points (SD 11.3, $p < 0.05$); although no intergroup differences were found. Regarding the quality of life, physical health indicators improved in a similar way in both groups, while in mental health only some specific scales improved. In the stratified analysis, similar results were found in all the strata that had an assessable size. And finally, in the correlations it was found that, in the intervention group, the improvement in psychological variables was not associated with weight loss.

CONCLUSIONS

"PsicoObe Program" has shown therapeutic efficacy to reduce body weight, improve nourishment and eating symptoms, decrease body dissatisfaction and drive to thinness, reduce psychopathology and psychological discomfort through better emotional regulation and improve the quality of life. The results obtained at 6 months after finishing treatment continued improving in the 12-month assessment.

Likewise, our results support the idea that Obesity should be considered an ED given that, in our patients, we have found the same psychopathological nucleus described in Eating Disorders.

Beneficios de la intervención psicológica grupal en obesidad

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Obesidad como problema sin resolver.

“En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos”. Con estas cifras tan preocupantes presenta la Organización Mundial de la Salud (5) su sección sobre sobrepeso y obesidad; y añade que cada año mueren como consecuencia un mínimo 2,8 millones de personas, causando más muertes que la insuficiencia ponderal y constituyendo el quinto factor principal de riesgo de defunción. Igualmente, reduce la esperanza de vida entre 5 y 20 años (6).

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se considera que una persona tiene obesidad cuando su índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a 30. El IMC es un indicador simple que se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Este indicador es también el que se ha utilizado para definir los grados de obesidad (4), como podemos ver en la Figura 1.

<i>Categoría</i>	<i>Valores límite del IMC (Kg/m^2)</i>
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25,0 – 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0 – 29,9
Obesidad de tipo I	30,0 – 34,9
Obesidad de tipo II	35,0 – 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0 – 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	$\geq 50,0$

Figura 1. Criterios SEEDO para clasificar la obesidad en grados según el IMC.

Por otra parte, la obesidad repercute de forma preocupante en la salud, asociándose a enfermedades crónicas graves como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertrigliceridemia, la hipertensión (7), la osteoartritis, el síndrome de apnea del sueño, infertilidad y algunos tipos de cánceres (8). Asimismo, afecta también a la salud mental al estar asociada a Trastornos del Estado de Ánimo y de Ansiedad (9-12).

Este incremento de la morbilidad conlleva la sobrecarga del Sistema de Salud y eleva considerablemente el gasto sanitario (13). En la Comunidad de Madrid, en concreto, se estima que el coste total que supone la obesidad en el Sistema Sanitario es de 56.665.774 € al año (14), siendo la cuarta patología crónica de mayor gasto sanitario en nuestro entorno.

En España, la obesidad se ha consolidado como un problema de Salud Pública de primera magnitud. Según la última Encuesta Nacional de Salud (15) en la población adulta española la prevalencia de la obesidad estaba en el 17% mientras que el sobrepeso ascendía al 37%. En la Comunidad de Madrid CAM (16, 17) la prevalencia de la obesidad se ha cifrado en 2017 en el 15,9%, habiendo aumentado un 2,4% desde 2009; y la prevalencia de sobrepeso en la CAM se había reducido después de 2009, pero ha vuelto a aumentar llegando a su punto máximo en 2017, 36,8%. Las cifras en menores son, si cabe, más alarmantes, el 10,3 % de los españoles de entre 2 a 17 años presenta obesidad y el 28,26% tiene sobrepeso, constituyendo España el cuarto país europeo de mayor prevalencia de obesidad en esta población (15).

Obesidad y sobrepeso adultos 1987-2017

Población de 18 y más años

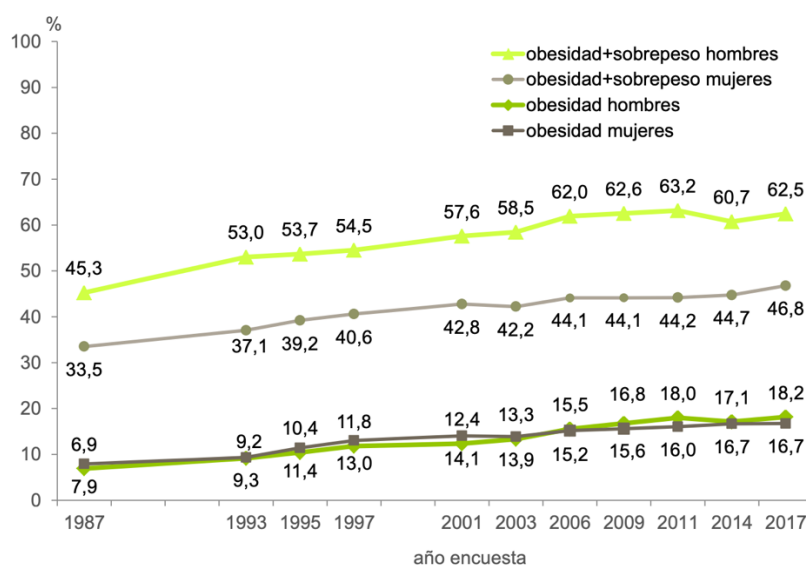


Figura 2. Datos de la evolución del sobrepeso y la obesidad en España de 1987 a 2017, según la Encuesta Nacional de Salud 2017.

Pero aún más importante que la prevalencia es su trayectoria (15), pues en los últimos 30 años la prevalencia de obesidad en adultos se ha multiplicado por 2,4, pasando del 7,4% en 1987 al 17,4% en 2017. Previéndose además que la proporción de adultos con sobrepeso en España aumente un 10% más en los próximos 10 años (18).

La obesidad tiene una etiología y una evolución complejas en las que se combinan factores de naturaleza genética, biológicos, ambientales, socioculturales y, naturalmente, factores de índole psicológica. Cada vez son más los estudios que señalan a los factores psicológicos como los causantes de la resistencia al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio en personas con obesidad (3, 11, 12, 19), es por ello que consideramos imprescindible el abordaje terapéutico de los factores psicológicos para lograr cambios significativos y duraderos.

Tradicionalmente se ha abordado el problema de la obesidad desde un enfoque puramente médico, centrado en la balanza ingesta calórica–gasto energético. Sin embargo, este tipo de intervenciones han mostrado resultados débiles e inconsistentes (20) con un mínimo impacto a largo plazo (21). Ni siquiera la cirugía bariátrica está mostrando resultados permanentes. En un metaanálisis reciente se estimó una tasa de recaída (es decir, de recuperación ponderal) del 27,8% pasados los 7 años de la intervención, siendo mayor cuanto más tiempo pasa desde la intervención (22). Sin duda, la modificación del balance energético es condición necesaria para el abordaje de la obesidad, pero también parece claro, que no es suficiente, pues por sí sola sólo produce resultados efímeros y/o frágiles.

1.2 Más allá del peso: aportaciones desde una perspectiva Bio-Psico-Social.

El Modelo Bio-Psico-Social (23) supuso un cambio de paradigma en la medicina, superando el modelo causa-efecto propio del enfoque biomédico tradicional y atribuyendo al paciente un rol activo en el proceso asistencial. La premisa básica de Engel fue que en la salud-enfermedad no solo participaban factores biológicos, sino también factores psicológicos y sociales. Si aplicamos este modelo, ya bien asentado, al ámbito de la obesidad, podremos ver que la visión de la obesidad como simple acumulación de tejido adiposo es reduccionista e insuficiente y, por tanto, es esperable que las intervenciones clínicas que sólo tengan en cuenta estos aspectos sean ineficaces.

La obesidad tiene una etiología compleja en las que se combinan factores de naturaleza genética, biológicos, ambientales, socioculturales y psicológicos. A continuación, nos centraremos en describir los aspectos psicosociales relacionados con la obesidad, no con un afán reduccionista en la dirección contraria, sino porque detenernos a explicar los factores genéticos y biológicos excede los propósitos de esta tesis.

En el momento actual la imagen corporal es una idea claramente sobrevalorada en la sociedad, en la que se idealiza de forma generalizada la delgadez con el consiguiente estigma para la persona con sobrepeso u obesidad (24, 25). Y, paradójicamente, también vivimos en un ambiente claramente obesogénico, donde se favorecen las ingestas de alimentos escasamente elaborados y con alto contenido calórico, en grasas o azúcares (26) debido al uso de la publicidad y el incremento de las ganancias en la industria alimentaria, centrada en favorecer alimentos prefabricados y refinados, con mayor respuesta en los circuitos de recompensa cerebrales de las personas (27). Al tiempo, vivimos en la sociedad del bienestar casi todo se encuentra al alcance de la mano casi sin esfuerzo, podemos trabajar desde casa, comprar desde casa, ir al trabajo en coche, en autobús, en patinete, ...

Por otra parte, son numerosos los factores psicológicos que se han asociado a la obesidad en la literatura. Nos centraremos en revisar las aportaciones del grupo de Hemmingsson (3, 19, 28) que llevan más de un lustro revisando los factores psicológicos relacionados con la obesidad habiendo planteado modelo sobre el rol del malestar psicológico y emocional en la génesis de la obesidad (Figura 3) que goza con gran apoyo en la comunidad científica y los ámbitos sanitarios por sus importantes implicaciones tanto en el tratamiento como en la prevención de este grave problema de salud.

La investigación parece poner de manifiesto que el periodo entre los 0 y los 5 años de edad es un periodo crítico para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad (29). Por un lado, porque la obesidad en edad infantil es un potente predictor de la obesidad en la edad adulta, pero, por otro lado, porque en esa etapa de la vida se interiorizan las estrategias de regulación emocional con las que afrontaremos todas las situaciones con las que nos toque enfrentarnos en la vida. Y, como no podía ser de otra manera, el modelo conceptual causal que propone Hemmingsson (3, 19) plantea la ocurrencia de una concatenación de eventos que suele iniciarse en la infancia y que se materializa en los 6 pasos que se detallan a continuación y se pueden seguir en la Figura 3.

Paso 1. La desventaja socioeconómica causa malestar psicológico y emocional. La obesidad se ha asociado claramente con situaciones de desventaja socioeconómica (30), como la inseguridad laboral, el desempleo, el bajo nivel educativo, o los ingresos bajos. Como factores mediadores de esta relación se ha planteado la sintomatología ansioso depresiva (31), la baja autoestima (32) o las emociones negativas persistentes (33), asociadas tanto a la desventaja socioeconómica como a la obesidad.

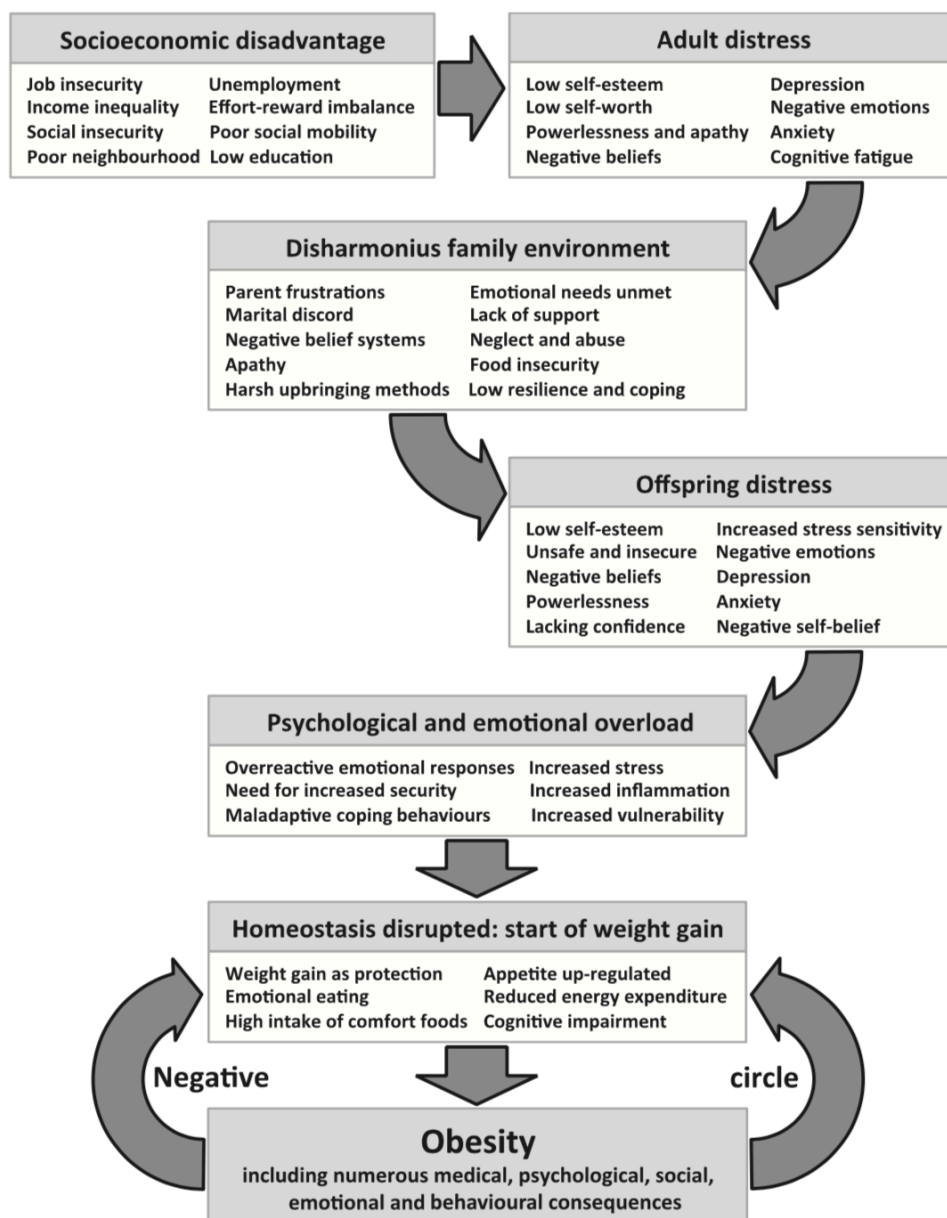


Figura 3. Propuesta de modelo causal de la obesidad paso a paso de Hemmingsson.

Paso 2. Falta de armonía en el núcleo familiar. El malestar de los adultos, generado inicialmente por la desventaja socioeconómica, se transfiere al ambiente familiar lo cual se ha relacionado con la externalización del malestar y la frustración, los problemas conyugales, el pesimismo, la violencia, la falta de cohesión y apoyo mutuo dentro de la familia, la negligencia, el abuso, las adicciones, los métodos educativos autoritarios y la inseguridad alimentaria.

Paso 3. Malestar psicológico y emocional en la descendencia. El ambiente familiar disarmónico se ha asociado con distintas enfermedades mentales en los hijos, entre las que se encuentran los trastornos de conducta alimentaria (34), entre otros. La imitación es la vía principal nuevos aprendizajes y de esta forma los niños tienden a adoptar los valores, creencias, sentimientos y pensamientos parentales; con el agravante de que los niños no cuentan con recursos de afrontamiento propios con lo que el efecto negativo de esta situación es más potente.

Paso 4. Sobrecarga psicológica y emocional. Si la situación adversa se mantiene en el tiempo, ese niño o adolescente sobrecargado psicológica y emocionalmente, que no posee recursos de afrontamiento suficientes, busca la forma de hacer frente al malestar y puede encontrar en la comida ese alivio emocional que tanto necesitaba, de tal forma que se establece y consolida una nueva estrategia de afrontamiento que, aunque desadaptativa y normalmente preconsciente, es eficaz. Pero no toda la comida es igualmente efectiva para reducir el malestar emocional, sólo los alimentos palatables, esto es con alto contenido en grasas y azúcares, tienen esa funcionalidad (35-38).

Paso 5. Interrupción de la homeostasis energética y comienzo del aumento de peso. Esta situación de sobrecarga o estrés emocional, que además está asociada a una sensación básica de inseguridad, tiene una segunda y grave consecuencia: la disregulación del eje hipotálamico-pituitario-adrenal que supone un aumento de los niveles de cortisol, grelina, insulina y citoquinas inflamatorias con la consiguiente alteración de la homeostasis energética y el metabolismo (36-39). Al aumentar el nivel de las llamadas “hormonas estimulantes del apetito” se aumenta el deseo por los alimentos de alta palatabilidad, así como las conductas de búsqueda. Asimismo, se ha visto que en las personas en situaciones de estrés ponen en marcha mecanismos metabólicos de acumulación de grasa (40), que se traducen en un menor gasto energético en reposo, con lo cual cerramos el círculo para la ganancia de peso.

Paso 6. Manifestación de la obesidad y la causalidad recíproca. Una vez que la obesidad se ha establecido se genera un círculo vicioso. Se planteado que la obesidad genera problemas de salud mental, mayor dificultad en el acceso al empleo, malestar psicológico y emocional, respuestas inflamatorias, baja autoestima, ... aspectos que como hemos visto estaban ya en la génesis de que la comida se convirtiese en una forma de regulación emocional o automedicación, creando una causalidad circular de la que es difícil salir.

Tras proponer el descrito modelo de cómo los factores psicológicos pueden influir en la génesis de la obesidad, y siguiendo el concepto de balanza o equilibrio proveniente de la comparación entre la ingesta calórica y el gasto energético, Hemmingsson (3) propone una nueva balanza con los factores psicológicos que se han visto asociados con la obesidad, poniendo en un lado de la balanza los factores protectores y en el otro lado los factores de riesgo (ver Figura 4).

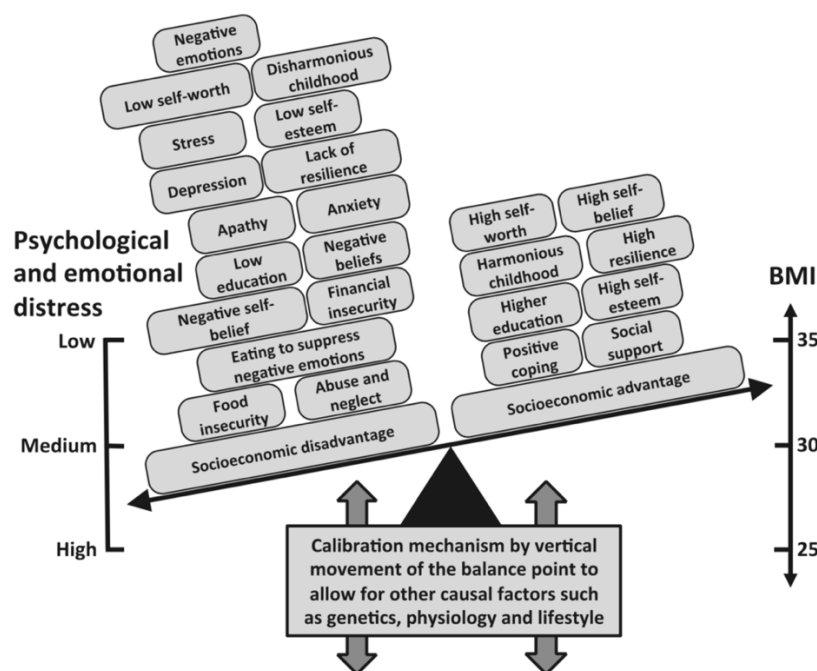


Figura 4. Propuesta de Hemmingsson de cómo influirían los factores psicológicos y el malestar emocional en el punto de ajuste del peso corporal (tomado de Hemmingsson, 2014).

Esta “nueva balanza” representa una descripción conceptual de la influencia potencial del malestar psicológico y emocional en el punto de ajuste o *set-point* del IMC. De esta manera un IMC de 30 se asociaría con un malestar emocional medio, un IMC de 25 con un malestar emocional bajo y un IMC mayor de 35 con un malestar emocional elevado. El modelo también permite realizar una calibración individual basada en la influencia combinada de otros factores involucrados en la regulación del peso corporal, como la genética, la fisiología y el estilo de vida, que se manifestaría a través del desplazamiento del punto de equilibrio.

Las emociones negativas, la baja autoestima, un ambiente familiar disarmónico, el estrés, los sentimientos de inferioridad, la depresión, la falta de resiliencia, la apatía, la ansiedad, el bajo nivel educativo, las creencias y valores negativos, la inseguridad financiera, el comer como forma de regulación emocional, la inseguridad alimentaria, el abuso, la negligencia y la desventaja socioeconómica se establecerían, por tanto, como factores de riesgo

para tener obesidad o aumentar el IMC. Mientras que la autoeficacia, la autoestima, una imagen positiva de uno mismo, la funcionalidad del ambiente familiar, la resiliencia, la formación educativa, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y el bienestar socioeconómico se establecerían como factores de protección.

El modelo de Hemmingsson no debe considerarse un modelo de causalidad única y lineal, porque nunca fue su intención y el camino de cada persona hacia la obesidad, a su manera, es único. Pero sí se ha establecido como el modelo más sólido de los que ponen énfasis la influencia que los factores psicológicos pueden tener en la génesis de la obesidad y esto tiene gran valía por las implicaciones terapéuticas consecuentes, esto es, que el tratamiento de la obesidad no debe tener solo en cuenta el balance energético, sino identificar los factores psicológicos y emocionales relacionados y realizar una intervención directa sobre ellos, siendo la intervención en gestión emocional y aceptación personal aspectos nucleares en el abordaje de la obesidad.

1.2.1 La obesidad como Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

El DSM-5 “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición” (41) define los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos como *“la alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”*. En mi opinión con esta definición estaríamos reflejando con bastante precisión la realidad de las personas con obesidad, sin embargo, inmediatamente después el DSM-5 continúa diciendo que, aunque la obesidad pueda cuadrar en esa definición no debe considerarse un TCA porque se debe a una acumulación excesiva de grasa corporal siendo *“el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo. Existe un abanico de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que pueden variar entre los individuos y que contribuyen al desarrollo de la obesidad; por tanto, la obesidad no se considera un trastorno mental”* (41). Parece insuficiente la explicación del DSM-5 respecto de porqué la obesidad no debe considerarse un TCA y considero que esta cuestión hace necesaria una reflexión más en profundidad.

La obesidad tiene una etiología compleja y multifactorial, fruto de la combinación de factores genético-biológico, psicológicos o socioculturales; resultando llamativo que muchos

de estos factores son compartidos con los TCA tanto a nivel biológico, como psicológico, comportamental, sociocultural y familiar como se puede ver en la Figura 5; entre los que cabría destacar el hacer dieta o saltarse comidas, comer solo, la insatisfacción corporal, la sintomatología depresiva, la impulsividad, la rigidez cognitiva, el género, las burlas sobre el cuerpo y la influencia de los medios de comunicación (42, 43).

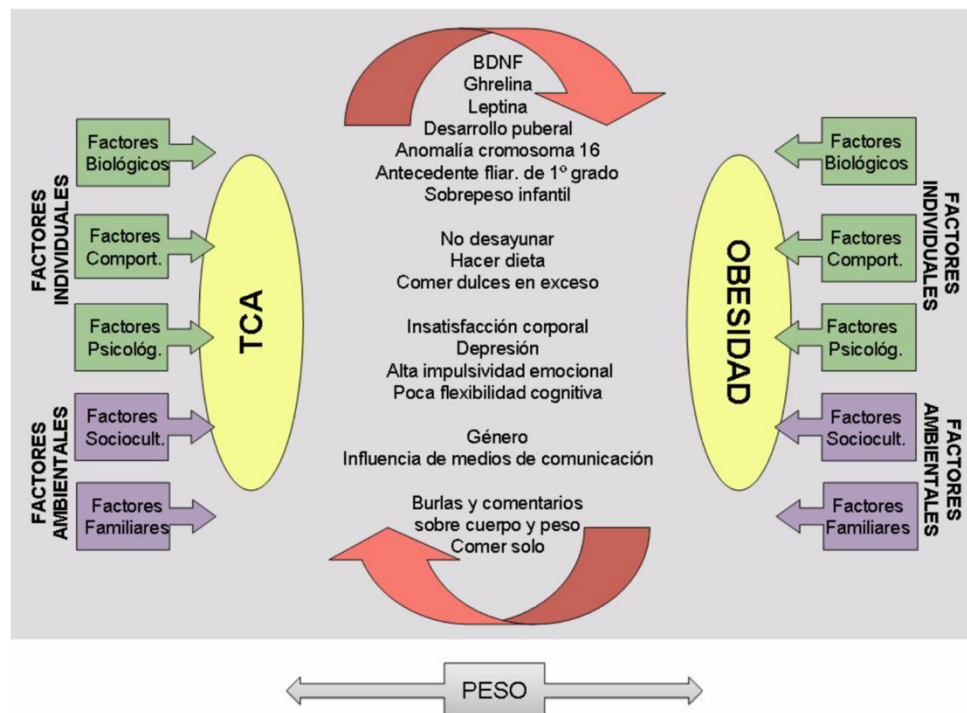


Figura 5. Factores de riesgo compartidos entre obesidad y los TCA (Tomado de Villarejo, 2012)

Por otra parte, la obesidad y los TCA comparten un núcleo sintomático común, del que forman parte la alteración del patrón alimentario, las dificultades de regulación emocional, la interferencia en la calidad de vida y la insatisfacción con la imagen corporal (Figura 6).

Que el patrón alimentario está alterado es algo más que evidente tanto en los TCA, como en la obesidad. En la Anorexia Nerviosa (AN) los síntomas propiamente alimentarios más comunes son la restricción en cantidad y tipo de alimentos, el ayuno, los rituales con la comida, comer despacio, comer en continuo movimiento, evitar comer acompañados (44) y habitualmente en la evolución del cuadro acaban apareciendo atracones y vómitos. En la Bulimia Nerviosa (BN) encontramos una combinación de dos tipos de síntomas, por un lado los atracones, definidos como la ingestión de una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control y, por otro lado, las conductas compensatorias que pueden manifestarse

en forma de vómitos autoprovocados o abuso de laxantes o/y diuréticos, entre otros (44). En el Trastorno por Atracón (TA) además de los atracones ya descritos en la BN encontramos comúnmente que comen más rápido de lo normal, hasta sentirse desagradablemente llenos o/y la sensación de vergüenza asociada a la ingesta (44). En obesidad podemos encontrar atracones, hiperorexia (pasar el día comiendo pequeñas cantidades de comida), picoteos, cantidades grandes de comida, comer a escondidas, con vergüenza.... Pero tanto en la BN, como en el TA o en la obesidad también es habitual la tendencia a estar continuamente buscando y haciendo dietas, la restricción en cantidad y tipos alimentos, los ayunos... con la diferencia de que son menos eficaces en el control del peso, pues como dijo hace ya tiempo Alfonso Chinchilla, “no es anoréxica quien quiere, sino quien puede”(45).

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)



Figura 6. Núcleo psicopatológico común de la obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye un componente perceptual (precisión con que percibimos el tamaño corporal), un componente subjetivo (cognitivo-afectivo, con actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo) y un componente conductual (derivado de las cogniciones y sentimientos que experimentamos)(46). Se considera que es en la infancia temprana cuando se produce el desarrollo de la insatisfacción corporal en torno al peso y a la figura (47), pudiéndose intuir la influencia de las figuras parentales (48), si bien se van estableciendo diferentes procesos de desarrollo neurocognitivo en relación a la maduración cerebral (49), que presentan también implicaciones en el

establecimiento de la imagen corporal (50). En relación con la insatisfacción corporal se ha considerado un componente básico, incluso en tiempos patognomónico de los TCA, habiéndose asociado sólidamente a esta patología (51). Existiendo también numerosas publicaciones que ponen de relieve la importancia de la insatisfacción corporal en los pacientes con obesidad (52, 53), sobre todo en los pacientes obesos que asocian atracones (54).

Las dificultades en la regulación emocional se ha considerado un fenómeno nuclear en todo el espectro de los trastornos de conducta alimentaria (55, 56), que se ha encontrado igualmente asociado a obesidad (57). Una adecuada regulación emocional implica al mismo tiempo experimentar e identificar de forma apropiada las emociones y lograr atenuar o modular los estados afectivos, habiéndose encontrado ambos aspectos de la regulación emocional afectados tanto en los TCA como en la obesidad. Encontramos evidencias de esta disregulación en pacientes con Anorexia Nerviosa (58), Bulimia Nerviosa (56), Trastorno por Atracones (59, 60) y en pacientes obesos (55, 57, 61, 62).

En relación con la calidad de vida encontramos que al evaluar la calidad de vida de los pacientes con TCA, de cualquiera de los grupos diagnósticos (anorexia, bulimia o trastorno por atracón) y los comparamos con la población general, obtienen puntuaciones significativamente más bajas (63, 64). Encontrando el mismo hallazgo en personas con obesidad mórbida (65). Algunos autores como Hay (66, 67), plantean que las mayores interferencias en la calidad de vida se situaban en los extremos antropométricos en la evaluación del IMC (< 20 y > 30), poniendo de relevancia la pérdida de calidad de vida en función del peso. En el caso de las personas con obesidad, la interferencia en la calidad de vida se ha documentado especialmente en el grupo de obesos que padecen atracones de forma comórbida (68, 69). No obstante, relacionar la interferencia en la calidad de vida de forma exclusiva con los grupos de pacientes según el IMC, resulta limitado. Por una parte, existen pacientes con BN o TA con normopeso, que tienen marcada interferencia funcional. Y por otra parte, hay autores como Winkler (64) que defienden que la interferencia en la calidad de vida está presente en todos los subgrupos de TCA y resulta independiente del IMC. De la misma forma que resulta limitado evaluar la calidad de vida de forma exclusiva en función del IMC, existen otros factores que pueden modularla a la baja, como es la concurrencia de determinada psicopatología como la clínica depresiva, pudiendo limitar algunos resultados (70).

Finalmente, también se ha observado una relación en el curso de los TCA y la obesidad (71). Por una parte, presentar obesidad de forma temprana facilita la aparición de un mayor riesgo de presentar un TCA en la adolescencia (52). Y a su vez, el hecho de padecer un TCA,

implica un mayor riesgo de presentar obesidad en el futuro (72), encontrando la relación en ambas direcciones. En el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) de Madrid, revisamos los antecedentes de patología alimentaria que habían presentado las 180 primeras mujeres atendidas en la consulta de obesidad, evidenciándose que el 13% había sido diagnosticada de TCA en el pasado, cumpliendo además el 48,1% de ellas criterios diagnósticos para Trastorno por Atracón y 11,9% para BN, según criterios DSM-5 (73).

Por lo tanto, si tenemos en cuenta que son factores de riesgo semejantes los que subyacen a TCA y obesidad, que la evolución de ambos tiende a cruzarse y que, además, comparten el núcleo psicopatológico básico con la alteración de la conducta alimentaria, las dificultades en la regulación emocional y la alteración de la imagen corporal, tiene sentido plantear un Modelo Transdiagnóstico basado en la existencia de un continuo entre TCA y obesidad (74), como se mostraría en la Figura 7.

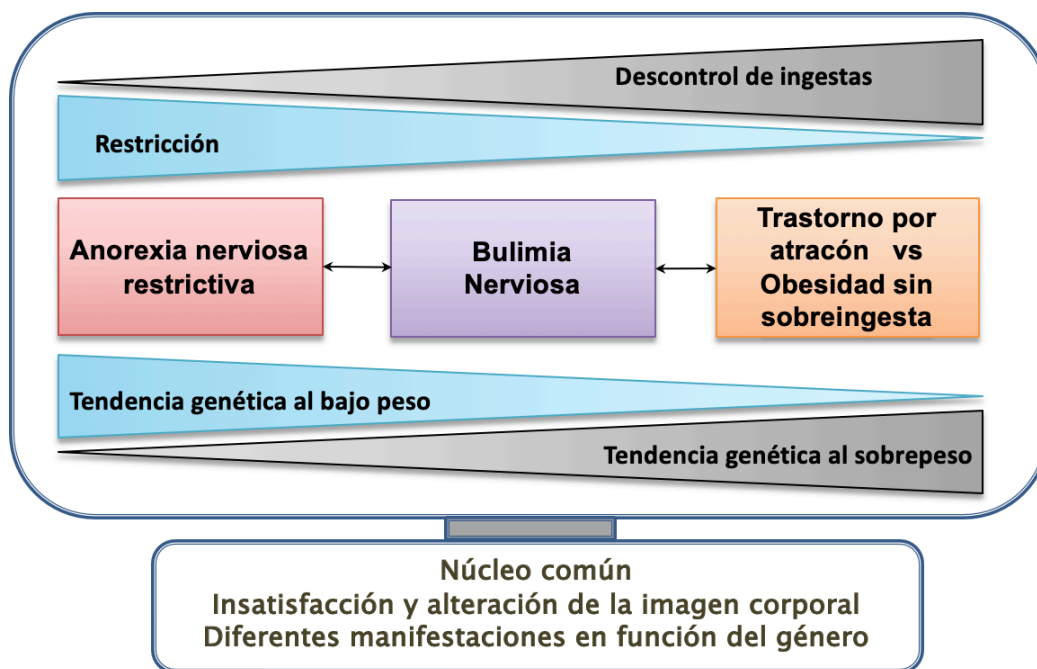


Figura 7. Continuidad conceptual entre TCA y Obesidad (Tomado de Calvo Medel, 2012)

1.2.2 Psicopatología en el paciente con obesidad.

Hemos planteado el Modelo Transdiagnóstico entre TCA y obesidad porque es nuestra manera de entender la obesidad y, por tanto, el programa de intervención que pretendemos validar en esta tesis doctoral está basado en esta visión del problema. Sin embargo, aunque

aceptásemos lo planteado por el DSM-5, esto es, que la obesidad no debe considerarse un TCA, aún así habría motivos de sobra para plantear la necesidad de un tratamiento psicológico de la obesidad, por supuesto, siempre en un contexto multidisciplinar en colaboración con psiquiatría, endocrino y nutrición, al menos.

La necesidad de intervención psicológica viene dada, por un lado, por los mencionados factores psicológicos que se hayan tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la obesidad y, por otro lado, por la frecuente comorbilidad psiquiátrica que se encuentra en las personas que padecen esta patología.

La coexistencia de psicopatología en el paciente con obesidad es un tema documentado de forma extensa en las investigaciones, siendo la depresión el trastorno con el que se ha asociado con mayor frecuencia (75-77). En investigaciones previas realizadas por nuestro equipo de investigación en el HUIL, se observó que en el 80,9% de los pacientes presentaban sintomatología depresiva con intensidad clínicamente significativa y hasta un 34% refería antecedentes psiquiátricos previos de depresión, siendo congruente con la literatura sobre el tema (10).

De la misma forma, al binomio depresión-obesidad se sumaría el género femenino, ya que resulta un factor de riesgo para ambas entidades clínicas (78). Es más, existen autores que relacionan la depresión en personas obesas, con las variaciones afectivas estacionales y el TA (79). Y a su vez, el TA en personas obesas, se ha relacionado con mayor gravedad en la psicopatología (54, 80), asociándose especialmente a los cuadros afectivos, al trastorno límite de personalidad y a los trastornos de ansiedad (81).

También es frecuente la asociación entre obesidad y trastornos de ansiedad, habiéndose encontrado tanto en muestras comunitarias (82) y en muestras clínicas (83). En nuestros pacientes (10), además de sintomatología depresiva encontramos que clínica de ansiedad, en concreto un 56,39% superaba el punto de corte para ansiedad-rasgo y un 48,26% para ansiedad-estado evaluados con el cuestionario STAI “Ansiedad Estado-Rasgo”. De cara a valorar el sentido de esta asociación, debemos tener en cuenta que la mayoría de las publicaciones que investigan los trastornos de ansiedad y su relación con la obesidad, lo hacen priorizando la clínica depresiva y dejando en un segundo plano la obesidad (75, 84). Asimismo, el género femenino se ha mostrado como factor modulador que favorece la aparición de estos trastornos

en pacientes con obesidad, al igual que sucede con la clínica depresiva, cerrando nuevamente el círculo y añadiendo factores de confusión para esclarecer la dirección de la causalidad (85).

Como hemos visto, cada vez son más los estudios que señalan a los factores psicológicos como los causantes de la resistencia al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio en personas con sobrepeso u obesidad (3, 19), y también encontramos la coexistencia frecuente de psicopatología en el paciente con obesidad (10), motivos por los cuales consideramos imprescindible el abordaje terapéutico de los factores psicológicos y emocionales para lograr cambios significativos y duraderos.

Y aunque aún quedan retos pendientes en la consolidación del Modelo Bio-Psico-Social en el ámbito de la obesidad, también se han dado grandes pasos, como que numerosas guías de práctica clínica hayan incorporado la recomendación de incluir intervenciones psicológicas en el abordaje integral y multidisciplinar de la persona con sobrepeso y obesidad. Algunas de estas guías serían el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (4, 86), la Guía para el manejo del sobrepeso y la obesidad en el adulto, del Colegio Americano de Cardiología y la *American Heart Association Task Force* (87) o la Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la Obesidad en adultos, adolescentes y niños en Australia (88).

1.3 Intervención psicológica en obesidad.

Quizá ya nadie cuestiona la conveniencia de realizar abordajes integrales de la obesidad que incluyan la intervención psicológica; sin embargo, aún quedan retos pendientes. Por un lado, abordar los aspectos emocionales específicos que están implicados en que los resultados en el cambio de peso, alimentación y ejercicio físico se mantengan a largo plazo, pues se ha visto que las recaídas son frecuentes (89, 90) y, por otro lado, mejorar el bienestar psicológico de las personas con obesidad yendo más allá del peso (91).

Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre las intervenciones psicológicas que se hacen en obesidad y hemos encontrado numerosos avances respecto del abordaje psicológico de la obesidad. Por un lado, parte de las investigaciones buscaban identificar factores moduladores de la eficacia terapéutica, tanto procedentes de los pacientes (ej. género) como relacionados con el propio tratamiento psicológico (ej. autocontrol, monitorización del peso).

Pero quizá lo más innovador es el hecho de que se están desarrollando y evaluando programas de intervención desde enfoques psicoterapéuticos distintos a la terapia cognitivo-

conductual, que es lo que clásicamente se había propuesto (92) y que, además, al igual que los tratamientos médicos tradicionales, estaban centrados únicamente en la pérdida ponderal (93). Estos “nuevos” enfoques terapéuticos, además del peso, tienen en cuenta variables de resultado de índole psicológica, como puede ser la psicopatología asociada, la insatisfacción corporal o el bienestar de la persona.

1.3.1 Identificación e intervención sobre factores moduladores.

Se han identificado numerosos factores moduladores que pueden estar mediando en la eficacia de los tratamientos de la obesidad y que pueden explicar el por qué de la variabilidad en los resultados terapéuticos. Factores como género (94), motivación, autoeficacia, autorregulación, autodeterminación, impulsividad, imagen corporal, restricción alimentaria flexible (95) se han descrito, pero no se ha propuesto un programa de intervención que integre el abordaje de todos estos factores.

Un aspecto controvertido en la revisión es la auto-monitorización del peso, pues es una pieza clave en muchos programas conductuales para perder peso; mientras que se ha evitado en enfoques centrados en la regulación emocional. En una revisión del 2011 (93) se encontró una relación positiva entre la pérdida de peso y la automonitorización, aunque el nivel de evidencia era débil debido a problemas metodológicos y no se ha demostrado su eficacia en el mantenimiento de la pérdida ponderal.

Pero no sólo es importante estudiar los factores implicados en la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos, sino también aquellos implicados en el mantenimiento de los resultados en el largo plazo. En este sentido, parece palmario que el ejercicio físico, los cambios hacia un estilo de vida saludable y el desarrollo de habilidades de autorregulación y autocontrol son pilares necesarios en todo programa de tratamiento de la obesidad (89, 96). Asimismo, dos aspectos especialmente importantes en el mantenimiento de resultados a largo plazo son el apoyo por parte de la red familiar y/o social (97, 98) y la motivación, en concreto el establecimiento de una meta personal (97, 98).

La prescripción de la “dieta mediterránea” se está imponiendo sobre las dietas restrictivas para la pérdida de peso en obesidad (99) porque, además de haber demostrado eficacia para reducir tanto el peso como el riesgo cardiovascular (100, 101), se basa en una alimentación variada y equilibrada que cuenta con una serie de beneficios psicológicos: la alimentación variada permite que sea compatible con la vida social y además, al incluir

alimentos con alto contenido en carbohidratos de gran capacidad saciante se reduce la sensación de hambre, lo que además favorece la adherencia a largo plazo a la dieta (95). De esta forma, el concepto de “dieta” cambia radicalmente: no es lo mismo pensar en estar “toda la vida” a régimen y pasando hambre, que considerar que para estar delgado tengo que aprender a cuidarme y a comer de forma saludable.

Otro aspecto importante que abordar es la imagen corporal. Se tiende a pensar que la imagen corporal va a mejorar necesariamente cuando una persona obesa pierde peso, pero también es habitual encontrar personas que con un peso corporal saludable o incluso bajo se encuentran profundamente insatisfechas con el tamaño o la forma de su cuerpo. Varios estudios muestran cómo el hecho de percibir que la imagen corporal cambia con la pérdida de peso es un factor influyente en el mantenimiento de esa pérdida (89). Pero también hay que tener en cuenta que los cambios en la imagen corporal no necesariamente están relacionados con los cambios en el peso (102). En un estudio con 59 mujeres obesas Foster, Wadder y Vogt (1997) evaluaron la imagen corporal antes de realizar un tratamiento para la pérdida de peso encontrando gran variabilidad, y las personas con una imagen corporal más positiva presentaban mayores niveles de autoestima y menos disforia. Así, trabajar con las personas con obesidad para que logren tener una imagen corporal positiva tiene beneficios tanto en relación con la pérdida ponderal como con la mejora del bienestar psicológico. Los tratamientos dirigidos a mejorar la percepción y satisfacción respecto de la imagen corporal tienen el objetivo de lograr una mayor aceptación de la forma y del peso (91) y se fundamentan en tres pilares (103): 1) la atención plena, aceptación y postura no enjuiciadora; 2) la reducción de las conductas compulsivas y de evitación por medio de la exposición con prevención de respuestas; y 3) la reevaluación de las imágenes de los medios de comunicación.

Finalmente, debemos tener en cuenta una serie de peculiaridades en la obesidad masculina (94). Los varones presentan mayores índices de obesidad y, sin embargo, son menos conscientes de que se trate de un problema de salud y, por tanto, es menor probable que soliciten ayuda para solucionarlo. Los principales motivos que llevan a los hombres a pedir un tratamiento para perder peso es que algún profesional sanitario los clasifique como obeso, el haber tenido algún problema de salud relacionado con la obesidad o el simple deseo de tener un aspecto físico más atractivo. Eso sí, una vez inician un programa intervención es menos probable que abandonen que las mujeres. Se ha visto que prefieren tratamientos individualizados que grupales, aunque los grupos sólo de hombres tienen buena adherencia, así mismo prefieren programas ofertados desde servicios sociales que desde centros sanitarios, se

benefician más de la información objetiva sobre cómo perder peso y de un mayor énfasis en la actividad física.

1.3.2 Nuevos enfoques terapéuticos.

Los enfoques psicológicos para el abordaje de la obesidad persiguen un doble objetivo terapéutico: por un lado modificar la conducta alimentaria del sujeto de tal forma que adquiera unos hábitos de alimentación y ejercicio saludables y, por otro lado, mejorar la regulación emocional del sujeto y su autoestima (91). La modificación de conducta y la terapia cognitivo conductual han sido enfoques muy utilizados para lograr el objetivo del cambio de hábitos, pero se está poniendo de manifiesto gran dificultad en mantener estos resultados a largo plazo, posiblemente porque este enfoque está centrado únicamente en lograr la pérdida ponderal sin tener en cuenta la potente función de la comida como gestora de emociones. En este sentido, en otros enfoques terapéuticos se hace más hincapié en el bienestar de los pacientes obesos que en la gestión del peso. Conocer y complementar estos enfoques con la terapia de conducta tradicional podría mejorar considerablemente los resultados terapéuticos. En concreto, determinados enfoques y técnicas (como el Mindfulness, la Hipnosis y el Biofeedback) buscan ayudar a la persona a autorregularse mejor emocionalmente; otras intervenciones están más centradas en mejorar la imagen corporal y la autoestima (como es el caso de la Danzaterapia). Finalmente, algunas publicaciones comienzan a recomendar el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por movimiento ocular) para personas con obesidad con trastorno por estrés post-traumático. A continuación, haremos una breve descripción de los distintos enfoques psicoterapéuticos utilizados en el abordaje de la obesidad y de su eficacia.

Terapia Cognitivo-Conductual

El primer enfoque psicoterapéutico aplicado al ámbito de la obesidad fue la modificación de conducta, cuyo principio básico es que las conductas son aprendidas y pueden modificarse, por tanto, se busca identificar las conductas que contribuyen a mantener un peso elevado, tanto en lo referente a la ingesta de alimentos como a la actividad física, para entender su condicionantes y así poderlas modificar adecuadamente (104). Entre las estrategias de intervención comúnmente utilizadas para modificar el comportamiento asociado a la alimentación destacan el establecimiento de objetivos de tratamiento consensuados con el paciente o cliente, el desarrollo de estrategias de autocontrol, la realización de modificaciones

en el entorno para apoyar cambios positivos, el uso de técnicas de control de estímulos para fomentar la ocurrencia de comportamientos deseados e inhibir los no deseados o el establecimiento de un plan de prevención de recaídas (90, 105).

Son muchas las investigaciones que avalan la modificación de conducta en cuanto a pérdida ponderal se refiere. En 2017 Burgess y colaboradores (106) realizan un meta-análisis con el objetivo de determinar si las estrategias de modificación de conducta (como el establecimiento de metas, la entrevista motivacional, la prevención de recaídas o la reestructuración cognitiva) mejoraban la adherencia a los programas de cambio de estilo de vida en adultos con obesidad. Identificaron 30 estudios de los que analizaron 12, concluyendo que existía un efecto positivo significativo del tratamiento conductual en la adherencia a los programas y el tiempo de actividad física por semana.

Por otra parte, en la década de 1960 aparece la Terapia Cognitiva, de la mano de Aaron Beck quien postuló que las interpretaciones negativamente sesgadas y erróneas de los eventos internos y externos se encuentran en el núcleo de percepciones negativas de uno mismo, su futuro y el mundo en general (107). La terapia cognitiva se funda sobre la premisa de que la manera en que una persona piensa sobre sí mismo determinará la forma en que responderá emocional y conductualmente a ese evento. El objetivo de las terapias cognitivas sería entonces modificar, eliminar o reducir los eventos privados (cogniciones, emociones, creencias, ...) que generan malestar. En el contexto de la obesidad, si una persona ha realizado muchos intentos fallidos de perder peso albergará una gran cantidad de distorsiones cognitivas en torno a la pérdida de peso. Siguiendo el legado de su padre, Judith Beck adaptó el método propuesto por su padre al tratamiento del sobrepeso (108), si bien no hemos encontrado evidencia científica sobre su efectividad en obesidad.

La combinación de ambos enfoques, denominada Terapia Cognitivo Conductual (TCC) integra elementos de ambas teorías y ha mostrado ampliamente su eficacia en el abordaje psicoterapéutico de la obesidad. En 2005, una revisión Cochrane (92) en la que se analizaron 36 estudios que incluían una muestra de 3495 participantes, se puso de manifiesto cómo la modificación de conducta y la TCC eran intervenciones eficaces para disminuir el peso corporal; siendo mayores los efectos si se combinaba con *counselling* nutricional.

En un meta-análisis reciente llevado a cabo por Palavras y colaboradores (109) se encontró que tanto la TCC como la terapia conductual de pérdida de peso eran eficaces en la reducción de la frecuencia de atracones en personas con obesidad, pero solo a corto plazo,

siendo superior la TCC a la terapia conductual. Sin embargo, no se encontraron pruebas de la eficacia de ninguno de los dos enfoques en el mantenimiento de la pérdida ponderal a largo plazo. En otro meta-análisis publicado en 2018 (110) se pone de manifiesto que la TCC no sólo ayuda a perder peso, sino que también reduce la comida emocional.

Terapias conductuales de tercera generación

Las Terapias de Tercera Generación (TTG) o terapias contextuales, surgen en un intento de superar las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual. Son terapias enraizadas en el conductismo radical y el contextualismo funcional pero no se centran en la eliminación o reducción del malestar psicológico, sino que trabajan en la aceptación del malestar, esto es, en la aceptación de emociones y pensamientos que se viven como incompatibles con una vida orientada a valores. Para ello, a través del trabajo experiencial se busca alterar la función de los eventos privados, mediante la ampliación del contexto verbal (111). Desde las terapias contextuales se entiende la ingesta de la comida altamente calórica como una conducta dirigida a la evitación experiencial cuya función es no entrar en contacto con emociones y pensamientos negativos. El trabajo psicoterapéutico va dirigido a que el paciente contacte con sus valores como medio para darle un sentido a la experimentación del malestar y, por tanto, para alterar su función. De este modo, el comportamiento del paciente cada vez será más flexible y dirigido a una vida más plena en la que no se encuentre tan limitado por la evitación del malestar. Algunas de estas terapias son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Analítico Funcional o la Terapia Dialéctico Conductual.

Una herramienta de apoyo importante en gran parte de estas terapias es el Mindfulness, que consiste en lograr un estado de conciencia plena que permita vivir cada instante sin la interferencia de los juicios de valor. En los últimos años su aplicación en la obesidad se ha hecho bastante popular, principalmente con el objetivo de aumentar la conciencia sobre cómo y qué comemos, sobre nuestro propio cuerpo, sobre las sensaciones de control y disfrute y para fomentar la aceptación de uno mismo, todo ello para favorecer un mejor manejo de los atracones y la comida emocional.

La atención plena es una capacidad psicológica susceptible de ser evaluada y entrenada. Nos encontramos ante una estrategia que ayuda a regular el comer emocional, uno de los hábitos que se instauran de la obesidad (112, 113). Se ha estudiado la relación entre el comer más “impulsivo”, es decir, seguido de emociones o estados internos perturbadores y una menor

disposición a una atención plena. Se ha demostrado que las intervenciones basadas en el Mindfulness son útiles en el abordaje de la obesidad tanto para reducir el peso corporal (114) como para mejorar la conducta alimentaria, esto es, ayudan a reducir el comer emocional, los atracones y las ingestas asociadas a señales externas. (115).

Las intervenciones que integran el Mindfulness, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la autocompasión son percibidas como útiles cuando se trata la relación entre el peso no deseado y sus experiencias internas (pensamientos, emociones e impulsos). Además, se asocia con un aumento significativo de la calidad de vida, el ejercicio físico y una reducción en variables como el autoestigma, comportamientos alimentarios poco saludables, índice de masa corporal, autocrítica, evitación experiencial relacionada con el peso y síntomas psicopatológicos en el post tratamiento (116). Además de la influencia sobre las variables psicológicas y cambio en los hábitos de vida saludable, ACT ha mostrado resultados positivos en variables cardiometabólicas como, por ejemplo, el nivel de glucosa en ayunas (117).

En el 2016 se publicó un meta-análisis que evaluó el impacto de intervenciones como la reducción del Estrés basada en la Atención Plena (MBSR), la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Entre los mecanismos potenciales que explican su utilidad podrían incluir una mayor motivación para implementar cambios en el estilo de vida, una mayor capacidad para reflexionar sobre las elecciones de estilo de vida, la reducción del malestar emocional o una mayor conciencia y autorregulación de las experiencias corporales. Los resultados encontrados (118) muestran efectos positivos grandes en la mejoría de las conductas alimentarias, efectos medios para la depresión, la ansiedad y las actitudes alimentarias y efectos pequeños para el índice de masa corporal (IMC), y metacognición.

En comparación con la terapia conductual estándar (119) encontraron que los resultados obtenidos en la pérdida y mantenimiento del peso podían mejorarse integrando habilidades de autorregulación como la tolerancia a las emociones negativas y un aumento del compromiso y conciencia en la toma de decisiones propias de las intervenciones basadas en la aceptación (119).

Biofeedback y Neurofeedback

El biofeedback (BKF) consiste en proporcionar retroalimentación física o auditiva sobre parámetros fisiológicos como la actividad electrodérmica o la frecuencia cardíaca,

mientras se entrena al sujeto en habilidades que permiten modificar estos parámetros fisiológicos (120). Es una técnica que ha mostrado evidencia para inducir relajación, que asimismo mejora la autoeficacia de la persona. Desde 2011 se han publicado varios intentos de valorar su efectividad en obesidad. En un estudio (120) se aleatorizó a 31 mujeres a tres condiciones experimentales, BFK con estímulos neutros, BFK con estímulos relacionados con la comida y un tercer grupo control. Se encontró que todas las mujeres con BFK mejoraron su autoeficacia y nivel de estrés, las del BFK con estímulos neutros aumentaron su habilidad para relajarse y las de BFK con comida mejoraron su conducta alimentaria.

El neurofeedback es una forma sofisticada de BFK basada en el registro de actividad cortical, donde lo que pretende es modificar determinados patrones de actividad cerebral. Se ha utilizado para mejorar la concentración y favorecer la regulación emocional (121). En 2017, Dalton y colaboradores (122) realizaron una revisión sobre la aplicación del neurofeedback en el ámbito de la obesidad. Encontraron 7 series de casos, 7 ensayos clínicos aleatorizados y 21 estudios en proceso, lo cual mostraba que se trataba de un área de interés creciente. Los resultados de estos estudios son prometedores, aunque poco concluyentes, pues sólo plantean que el neurofeedback podría ser útil para reducir los atracones, para potenciar la elección de comidas menos calóricas o para mejorar el autocontrol.

Spetter y colaboradores (123) entrenaron a 8 varones con sobrepeso u obesidad a regular funcionalmente la conectividad entre las zonas dorsolateral y ventromedial del lóbulo prefrontal, implicadas tanto en el funcionamiento ejecutivo como en el procesamiento de las recompensas. Tras el entrenamiento, apareció una tendencia a buscar alimentos menos calóricos; si bien, no se controló el consumo de alimentos durante el estudio, pudiendo haber influido también en el cambio de tendencia. En un estudio posterior (124) superaron las limitaciones metodológicas previas realizando un ensayo clínico en el que aleatorizaron a 38 sujetos, 17 buscaban aumentar la actividad del córtex prefrontal dorsolateral, mientras que los 21 controles hacían lo mismo en áreas visuales. Encontraron que la estimulación de las áreas visuales también generaba estimulación en el córtex prefrontal dorsolateral. En ambos grupos se potenció la elección de comidas menos calóricas.

Intervenciones Neuropsicológicas

La obesidad se ha relacionado con ciertos déficits neurocognitivos (125), como la alteración de la coherencia central, la impulsividad, la afectación de la toma de decisiones o la

rigidez cognitiva; si bien no se ha relacionado el nivel de afectación cognitiva con el grado de obesidad (126). Se ha evidenciado, que bajar voluntariamente de peso se asocia a un mejor funcionamiento cognitivo, especialmente de la memoria y la atención (127). Y aunque se entiende que la relación podría ser bidireccional, apenas existen estudios que valoren si la rehabilitación cognitiva podría facilitar la bajada de peso.

En un ensayo clínico, se valoró la eficacia de una adaptación para personas obesas de la Terapia de Remediación Cognitiva (128) encontrando que los sujetos que recibían la intervención tenían mayor flexibilidad cognitiva y menor frecuencia de atracones que los sujetos control, y perdieron al menos el 5% del peso corporal, mientras que sólo un 15% de los controles logró tal pérdida.

Hipnosis

La hipnosis consiste en inducir al paciente un estado de conciencia que hipotéticamente favorece los cambios. Muchos autores sugieren que la hipnosis podría ser valiosa para la reducción ponderal en obesidad, pero que además podría favorecer el trabajo sobre la imagen corporal, las distorsiones y la ansiedad secundaria a la pérdida de peso; así mismo podría potenciar la autoestima, la autoeficacia y la motivación de los pacientes (91).

Sin embargo, la hipnosis ha recibido poca atención en investigaciones formales (129). Existen dos meta-análisis de los años noventa (130, 131) que muestran que la hipnosis potencia los resultados de la terapia cognitivo-conductual en el ámbito de la obesidad y de la reducción de peso. Desde entonces, se han publicado pocos artículos sobre esta temática y ninguna revisión ni meta-análisis.

En 2018, Bo y colaboradores (132) realizaron un estudio con 120 personas con obesidad a las que dieron recomendaciones conductuales, nutricionales y de ejercicio físico para perder peso. A la mitad de estos sujetos, tras la aleatorización correspondiente, les entrenaron durante 3 sesiones en un protocolo de auto-hipnosis. Vieron que ambos grupos de estudio perdían peso, y el grupo de intervención además mejoraban más su sensación de saciedad y su calidad de vida. Asimismo, observaron los sujetos que utilizaban la hipnosis de forma habitual perdían más peso.

Danzaterapia

La Danzaterapia hace un uso psicoterapéutico del movimiento con el objetivo de promover la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo. Se parte de la idea de que mente, cuerpo y alma interactúan entre sí formando una unidad psicofísica y, por tanto, el movimiento y la postura podrían influir en el pensamiento y los sentimientos. De momento pocas investigaciones la avalan, pero los resultados son alentadores.

En un estudio (133) se implementó un taller de danzaterapia que duraba 36 semanas a un grupo de 18 pacientes obesos, obteniendo mejoras significativas en calidad de vida, conciencia corporal y cogniciones relacionadas con la imagen corporal.

En otro estudio con adolescentes (134) se aleatorizó a 40 sujetos a un programa de danzaterapia o bien, a una condición de lista de espera. Comparados con los controles, los adolescentes que realizaron el programa aumentaron su sensación de competencia sobre hacer ejercicio físico, mejoraron las relaciones familiares, y las madres reportaron menores índices de sintomatología externalizante e internalizante en sus hijos. Sin embargo, no se encontraron cambios en el peso corporal.

En otro estudio reciente (135) se compararon los efectos de añadir al programa de educación para la salud convencional (consistente en el tratamiento de problemas médicos asociados, abordaje de aspectos cognitivo-conductuales de la obesidad y actividad física) un programa de danza terapia. No se encontraron un mayor efecto sobre la capacidad física y en la capacidad funcional que la obtenida con la intervención habitual, pero sí un incremento en la autoestima y calidad de vida de los participantes. Concluyeron que la danzaterapia facilita una mayor interacción e integración social que puede aumentar el bienestar emocional y físico.

EMDR

El EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular) es una psicoterapia empíricamente validada para tratar el Trastorno por Estrés Postraumático (136), así como otras experiencias vitales negativas y se basa en la idea de que las experiencias adversas de la vida contribuyen a la patología tanto psicológica como biomédica.

Las personas con TEPT son más propensas a desarrollar obesidad (137), y se contempla el EMDR como tratamiento de elección para las personas que presentan ambas condiciones (91) aunque aún no se ha publicado ningún estudio específico sobre obesidad y EMDR, tan solo algún caso clínico (138).

Beneficios de la intervención psicológica grupal en obesidad

La relación entre la obesidad y las experiencias vitales adversas va más allá del diagnóstico de TEPT. Varias revisiones sistemáticas y meta-análisis (28, 139) han evidenciado esta relación. El trauma psicológico se produce cuando un evento (o conjunto de eventos) genera una activación emocional anormal que la persona no logra regular por sí misma; de esta manera, la comida puede funcionar como una forma de automedicación (19), ayudando a regular el mundo emocional. Se ha planteado la intervención específica sobre estas experiencias negativas como un punto clave en el abordaje psicoterapéutico de la obesidad (140), pudiendo ser el EMDR una herramienta con gran utilidad en estos casos.

Como conclusión podemos plantear que cuando trabajamos con obesidad, es imprescindible realizar un abordaje multidisciplinar que, además del tratamiento endocrinológico y nutricional, incluya la intervención psicológica. Hay enfoques psicoterapéuticos muy diversos (ver Figura 8), unos dirigidos más a la pérdida ponderal mientras otros ponen el énfasis en el bienestar emocional. Cabe recordar que, independientemente del enfoque terapéutico utilizado, cualquier intervención psicológica ha de basarse en una evaluación individualizada y pormenorizada de cada caso.

Aún quedan retos pendientes para la Psicología Clínica respecto del abordaje de la obesidad: conocer los factores emocionales implicados en la obesidad, conseguir que los cambios en el peso se mantengan en el tiempo e ir más allá del peso para lograr que las personas con obesidad tengan el mayor bienestar emocional posible.

OBJETIVO	PSICOTERAPIAS
Cambio conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de Conducta • Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)
Gestión emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias de Tercera Generación (TTG) • Hipnosis • Biofeedback (BKF) y Neurofeedback
Rehabilitación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de Remediación Cognitiva
Insatisfacción corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones corporales • Danzaterapia
Si T. Estrés Postraumático	<ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR)

Figura 8. Enfoques psicoterapéuticos en obesidad clasificados en función de su objetivo terapéutico principal.

La terapia cognitivo conductual sigue siendo la intervención psicológica más eficaz para perder peso, pero otros tipos de psicoterapia muestran mejores resultados respecto de la regulación emocional (Mindfulness, Biofeedback, Hipnosis) o la satisfacción con la imagen corporal (Danzaterapia). Asimismo, para casos de obesidad asociados al trastorno de estrés postraumático se recomienda la utilización del EMDR. Sin embargo, y a pesar de que las publicaciones han aumentado en la última década cabe indicar que los estudios sobre eficacia/efectividad de los distintos enfoques terapéuticos son escasos, y son necesarios más estudios de investigación clínica.

1.4 Intervenciones grupales.

1.4.1 Factores terapéuticos de la terapia de grupo.

Los seres humanos somos sociales por naturaleza, y toda la historia de la humanidad se ha visto influida por dinámicas e interacciones sociales. Sin embargo, no es hasta principios del siglo XX cuando estas dinámicas de grupo comenzaron a utilizarse con una finalidad propiamente sanitaria o terapéutica. El mérito se lo debemos a Josepf Pratt, médico en un centro de tuberculosos de Boston, que en 1905 decidió agrupar a sus pacientes para darles

información, observando que aquellos pacientes que acudían a estas reuniones presentaban una mejor evolución (141).

En los años veinte, la terapia de grupo empieza a aplicarse en el ámbito de la Salud Mental, por un lado de la mano de Jacob L. Moreno y su “teatro de la espontaneidad” que acabaría convirtiéndose en el conocido Psicodrama (142); y, por otro lado, Lazell y March que empiezan a utilizar un enfoque grupal más de corte psicoeducativo en pacientes con esquizofrenia ingresados (143).

Desde entonces, la psicoterapia de grupo ha evolucionado considerablemente, aplicándose a distintos tipos de problemáticas tanto en el ámbito de la salud mental (144) como en el de Psicología de la Salud . Habiendo mostrado eficacia y coste-eficiencia en gran número de patologías.

En Salud Mental, la psicoterapia de grupo ha mostrado su eficacia y menor costo para una variedad de trastornos mentales, como es el caso de los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de pánico, los trastornos de personalidad y los trastornos de la alimentación (145). Burlingame y su equipo revisó más de 250 estudios que medían la eficacia y/o efectividad de terapia grupal para 12 poblaciones de pacientes diferentes durante los últimos 10 años. De esta revisión se desprende que el tratamiento grupal cuenta con amplia evidencia para la mayoría de los trastornos revisados, esto es, trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, cáncer de mama, esquizofrenia, y trastornos de personalidad.

En el ámbito de la Psicología de la Salud, la psicoterapia de grupo también se ha aplicado con eficacia a distintas patologías médicas buscando la regulación emocional en el contexto de la enfermedad: supervivientes de cáncer (146), mujeres con cáncer de mama (147, 148), pacientes con dolor crónico (149) o infarto agudo de miocardio (150, 151), entre otras.

Los teóricos de la psicoterapia de grupo sostienen que los síntomas pueden abordarse con mayor facilidad o eficacia debido a la naturaleza psicoterapéutica inherente a propia la dinámica de grupo (152). El grupo hace presente de forma viva y actual al grupo familiar primario donde se desarrolló la forma de pensar, sentir y actuar del sujeto. Es un lugar privilegiado en el que se pueden lograr experiencias de especial calidad en el contacto cercano con los demás. El grupo quita sentido de unicidad y singularidad, creando referencias más universales; asimismo, proporciona la ocasión para lograr identificaciones positivas. El cambio terapéutico en la psicoterapia de grupo se produce mediante la interacción intrincada de varias

experiencias que Yalom (1952) llamó “factores curativos”, algunos de ellos se refieren a mecanismos reales de cambio y otros pueden entenderse como condiciones para el cambio. Yalom divide los factores curativos en 11 categorías básicas, que describimos a continuación:

- i. *Infundir esperanza*: la esperanza de recibir ayuda está significativamente relacionada con el resultado positivo de la terapia. Los pacientes tienen contacto permanente con miembros del grupo que van mejorando y eso, por sí mismo, es esperanzador.
- ii. *La universalidad*: ningún hecho o pensamiento humano es totalmente extraño a la experiencia de otros. A pesar de la complejidad de los problemas de cada paciente, ciertos denominadores comunes son muy evidentes, y los miembros de un grupo de terapia pronto perciben sus similitudes.
- iii. *Ofrecer información*: el proceso educativo es muy implícito, ya que la mayoría de los terapeutas de grupo no ofrecen instrucciones didácticas explícitas, pero en algunos enfoques la instrucción formal es una parte importante del programa.
- iv. *El altruismo*: en los grupos los pacientes también reciben dando, no solo como parte de la secuencia recíproca de dar y recibir, sino también en el acto intrínseco de dar.
- v. *La recapitulación correctiva del grupo familiar primario*: el grupo se parece a la familia en muchos aspectos, y dependiendo de su mundo supuesto, los miembros interactúan como antes interactuaban en su grupo familiar. En este sentido lo importante no es solo que los primeros conflictos familiares sean recapitulados, sino que se revivan correctivamente.
- vi. *El desarrollo de las técnicas de socialización*: el aprendizaje social y el desarrollo de las capacidades sociales básicas es un factor que opera en todos los grupos de terapia.
- vii. *La conducta de imitación*: en la terapia de grupo es fácil que un paciente se beneficie observando la terapia de otro paciente que tiene una problemática similar. Este fenómeno se conoce como aprendizaje vicario.
- viii. *La catarsis*: liberar sentimientos reprimidos a modo de desahogo ayuda en sí mismo, pero la catarsis forma parte de un proceso interpersonal. La fuerte expresión emocional fomenta el desarrollo de la cohesión. La catarsis forma parte de un proceso y debe completarse con otros factores.
- ix. *Los factores existenciales*: este factor curativo fue incluido tardíamente por Yalom dentro de los factores curativos cuando observó en sus investigaciones que a los

pacientes les ayudaba haber hablado en los grupos de una serie de cuestiones “existenciales” que tienen que ver con la responsabilidad, el aislamiento básico, la contingencia, el reconocimiento de nuestra condición mortal y las consecuencias de esto en nuestra vida, lo caduco o lo caprichoso de la existencia.

- x. *El aprendizaje interpersonal:* Yalom otorga una importancia especial a este factor. Partiendo de la base de que las relaciones con otros seres humanos significativos es una necesidad básica, y de que el grupo fomenta las experiencias emocionales correctivas y funciona como un microcosmo social, se observa que los miembros del grupo, a través de la validación consensual y de observación de sí mismos, llegan a advertir los aspectos significativos de su conducta interpersonal inadaptada que produce respuestas no deseadas en los otros. A partir de esa toma de conciencia el sujeto puede cambiar o practicar nuevos tipos de conducta o expresión, que genera un nuevo ciclo de aprendizaje interpersonal a través de la observación de si mismo y de la retroalimentación que le ofrecen los otros miembros de su nueva conducta.
- xi. *La cohesión de grupo:* Yalom considera este factor como uno de los factores curativos fundamentales para que la terapia de grupo tenga éxito. La cohesión grupal va más allá de la relación que se da entre un sujeto y el terapeuta grupal, comprende la relación con los otros miembros, y con el grupo como un todo. La cohesión grupal parece ser un factor significativo en los resultados positivos en la terapia de grupo. En condiciones de aceptación y comprensión, los pacientes se sentirán más inclinados a expresarse y explorarse y a relacionarse más profundamente con los otros.

La psicoterapia de grupo también ha mostrado unos buenos resultados con respecto a la aceptación del tratamiento y la adherencia al mismo. En el reciente meta-análisis publicado en 2016 por Bulingame y colaboradores ,(144) se analizan 223 artículos en los que se compara la eficacia de tratamientos grupales sobre tratamientos individuales. De esos artículos solo 68 cumplieron todos los criterios para ser elegidos. La investigación arroja resultados mixtos ya que la mayor parte de los estudios introducen diferencias no controladas en cuanto a pacientes, tratamientos y medidas de resultado. Por otro lado, los resultados indican que no hay diferencia significativa en las tasas de aceptación de psicoterapia grupal y psicoterapia individual y que las tasas de abandono del tratamiento fueron equivalentes en ambas modalidades. Además, no hubo diferencias en el resultado entre los formatos grupales según el diagnóstico del paciente. Se observan diferencias significativas pre-post tratamiento grupal en pacientes con diagnóstico de depresión, ansiedad y trastorno de abuso de sustancias.

Muchas teorías sobre los trastornos de alimentación apuntan a que los problemas interpersonales y de regulación afectiva juegan un importante papel en el mantenimiento de los síntomas (153, 154). Por tanto, la psicoterapia grupal se puede perfilar como una modalidad de tratamiento eficaz y coste-eficiente para abordar algunos factores de mantenimiento subyacentes en los desordenes alimentarios.

1.4.2 Intervenciones grupales en obesidad.

Son numerosos los artículos que hemos encontrado sobre psicoterapia de grupo en personas con obesidad. En la Tabla 1 se presenta una relación de los aspectos que hemos considerado más relevantes en la revisión y a continuación pasamos a describir las impresiones principales que nos han quedado.

La medida de resultado más empleada ha sido la variación en el peso (o IMC), complementada en algunos casos con medidas de malestar subjetivo e indicadores de psicopatología alimentaria (155). En ocasiones se compara los resultados en obesos que presentan trastorno por atracón y en obesos sin este diagnóstico (156). Otros estudios arrojan datos sobre variables que pueden influir en las tasas de abandono de los tratamientos o tratan de identificar cambios en variables psicológicas relacionadas con el comportamiento alimentario, tales como la autoeficacia, la autoestima o las actitudes hacia uno mismo o hacia la comida.

Peso como variable resultado

En relación con el peso e IMC, varios estudios señalan de forma consistente la pérdida de peso después de intervenciones psicológicas, en general se trata de pérdidas de carácter leve, aunque se encuentra mucha variabilidad entre los estudios (155-160). Nauta y colaboradores (157, 161) realizaron una intervención en 15 sesiones de 2,5 horas cada una en la que comparaban terapia cognitiva con terapia conductual, ambas aplicadas en grupo, y observaron pérdidas de 3 kg en terapia conductual y de 0,3 kg en terapia cognitiva. Stahre y colaboradores (162) compararon un grupo de terapia cognitiva con una duración de 30 horas en 10 semanas con pacientes en lista de espera y realizaron un seguimiento a 18 meses. Los pacientes que acabaron el estudio y habían acudido al grupo perdieron 10,4kg mientras que los sujetos que quedaron en lista de espera ganaron 2,3 kg. Asimismo, observaron que los el 71% de los

Beneficios de la intervención psicológica grupal en obesidad

pacientes en lista de espera subieron de peso. El grupo de Hajek (163) encontró sin grupo de comparación una pérdida entre 3,8 y 4,8 kg a los 4 meses y medio. En una intervención sobre los efectos de la atención plena en formato individual vs grupal, Mantzios (164) encontró pérdidas de 1,8 kg en el formato grupal y pérdidas de 0,5kg en el formato individual.

En algunos estudios los datos señalan mayor pérdida de peso en formato grupal frente a intervenciones individuales (164-166). Algunos autores tratan de comparar abordajes grupales diferentes. Por ejemplo, Nauta y colaboradores (157, 161), obtuvieron resultados superiores para la intervención conductual frente al enfoque cognitivo. Perri y colaboradores (167), compararon la eficacia de una estrategia de intervención basada en habilidades de resolución de problemas como complemento a la intervención grupal de orientación cognitivo conductual frente a estrategias centradas en la prevención de recaídas, encontrando resultados significativos a favor del grupo que realizó entrenamiento en resolución de problemas. Por su parte, Ash y su equipo (168) compararon en un estudio el impacto de dos intervenciones grupales (una basada en un plan individualizado de dieta y ejercicio y otro que combinaba técnicas cognitivo conductuales) sobre el IMC y sobre medidas de hábitos alimentarios y de ejercicio, así como de otras variables de funcionamiento psicológico como la autoeficacia y la satisfacción con calidad de vida. Encontraron diferencias significativas con relación al IMC después de la intervención en ambos grupos en comparación con un grupo control que solamente recibía un folleto informativo sobre hábitos saludables, manteniéndose estas diferencias en el seguimiento a los 6 y 12 meses.

Variables de resultado relacionadas con el estado psicológico.

Algunos de los estudios revisados, además de valorar la influencia del tratamiento sobre variables antropométricas, evaluaban el bienestar subjetivo del individuo, operativizándolo de diferentes maneras en función del estudio. Algunos hablan de funcionamiento psicológico en términos de satisfacción con estilo de vida (168) o con estado de salud percibida (169). En otros estudios se explora el funcionamiento psicológico a través de escalas generales de síntomas (como el SCL-90) o específicas, como medidas de depresión (165, 170-172). Otros estudios incorporan medidas sobre características del comportamiento alimentario o indicadores de psicopatología (157, 160, 161, 169, 173, 174).

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad.

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Nauta y cols., 2001 (161) Nauta y cols., 2000 (157)	Valorar la efectividad de un tratamiento cognitivo grupal y de un tratamiento conductual grupal en personas con obesidad	Aleatorizado a: 1-Terapia cognitiva grupal 2- Terapia conductual grupal	74 mujeres con obesidad o sobrepeso: 37 con atracones 37 sin atracones	15 sesiones semanales 150 min/sesión	Patología alimentaria (EDE-Q) Expectativas de tratamiento (VASs) Peso Depresión (BDI) Autoestima (RSE)	4 meses 10 meses	-Menos atracones y mayor bienestar psicológico al año, sin diferencias entre tratamientos -Pérdida de peso 3 kg en la terapia conductual vs 0,3kg en la terapia cognitiva -Abandono selectivo
Perri y cols., 2001 (167)	Comparar programas que tienen en común el tratamiento conductual estándar (TC) de larga duración para personas con obesidad	Aleatorizado a: 1-TC grupal 2- TC grupal + entrenamiento de prevención de recaídas (TPR) 3-TC grupal + terapia de resolución de problemas (TSP)	103 paciente con obesidad	1-20 sesiones semanales 2h/sesión 2-20 sesiones semanales 2h/sesión + TPR (sesiones quincenales, 1 año) 3-20 sesiones semanales (2h) + TSP (sesiones quincenales, 1 año)	IMC Adherencia a las estrategias de tratamiento (autoinforme)	5 meses 11 meses 17 meses	-Mayor porcentaje de individuos del grupo TC+TSP consiguieron pérdidas de peso clínicamente significativas y mejor adherencia en comparación con grupo TC (35% vs 6%) -Grupo TC+TSP mejor mantenimiento de la reducción de peso a largo plazo que los participantes de TC y TC+TPR
Devlin y cols., 2005 (175)	Examinar el beneficio agregado de dos intervenciones complementarias, la terapia cognitiva conductual (TCC) individual y la fluoxetina, que se ofrecen en el contexto del tratamiento de control de peso conductual grupal	Diseño factorial 2x2: Aleatorización 1ª: 1-Control de peso grupal + fluoxetina 2- Control de peso grupal+ placebo Aleatorización 2ª: 1-TCC individual 2- no TCC individual Grupo de mantenimiento: sujetos con una reducción en la frecuencia de días de atracón de al menos el 75%	116 pacientes con sobrepeso/ obesidad con trastorno por atracón	16 sesiones durante 5 meses 90 min/sesión Grupo de mantenimiento: 24 sesiones más en 2 años	IMC Patología alimentaria y frecuencia de atracones (EDE y TFEQ) Depresión (BDI) Satisfacción corporal (BSQ) Ingesta compulsiva (BES) Psicopatología (BSI) Autoestima (RSE) Problemas interpersonales (PII) Nivel sérico de fluoxetina	Medidas de peso semanales 5 meses 2 años	-La TCC individual complementaria resulta en una reducción adicional significativa en atracones compulsivos que los que reciben tratamiento estándar de control de peso conductual. -La reducción de atracones tiene un efecto limitado en el peso, pero al menos lo mantiene estable.

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Renjilian y cols., 2001 (165)	Examinar si emparejar a los participantes con los tratamientos por los que expresan preferencia (individual vs. grupal) implica mejores resultados. Y comparar los efectos de ambos tipos de terapia	Diseño factorial 2x2 <i>1ª Aleatorización</i> 1-terapia individual 2-terapia grupal <i>2ª Aleatorización</i> 1-modalidad preferida 2-no preferida	96 pacientes con obesidad	26 sesiones semanales 90 min/sesión para sesiones grupales 45min/sesión para sesiones individuales	IMC GSI: Gravedad general SCL-90: Síntomas psicopatológicos BDI: Depresión Medidas sobre adherencia a pautas (autoinforme)	6 meses	-Terapia grupal produce mayor pérdida de peso que la terapia individual, incluso entre aquellos que expresan preferencia por el tratamiento individual -Mejoras equivalentes en el funcionamiento psicológico en todas las condiciones de tratamiento
Wilfley y cols., 2002 (174)	Compara efectos de un tratamiento grupal cognitivo-conductual (TCC) con un tratamiento grupal de psicoterapia interpersonal (TIP) en síntomas del trastorno por atracón	Aleatorizado a: 1- TCC grupal 2- TIP grupal	162 pacientes con trastorno por atracón	20 sesiones semanales 90 min/sesión + 3 sesiones individuales + feedback por escrito semanal sobre progreso individual	IMC Patología alimentaria (EDE) Psicopatología general (Entrevista estructurada DSM-II-R y SCL-90) Autoestima (RSE) Idoneidad del tratamiento (escala Likert) Integridad del tratamiento (dos terapeutas ciegos en la sesión 11)	5 meses 9 meses 13 meses 17 meses	-Tanto TCC como TIP en formato grupal pueden ser alternativas para el abordaje de síntomas de trastorno por atracón pues ambas muestran tasas de recuperación equivalentes (reducción de patología alimentaria y psiquiátrica) al cabo de 1 año. - Aumento de atracones en el seguimiento, pero se mantenían por debajo de los niveles pre. -Reducción en IMC en individuos que mantenían abstinencia de atracones en año de seguimiento
Gorin y cols., 2003 (176)	Demostrar eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual (TCC) Examinar si implicar al cónyuge en un grupo de TCC mejora los resultados	Aleatorizado a: 1-TCC grupal 2-TCC grupal + implicación del cónyuge. 3-Grupo control (lista de espera)	94 mujeres con sobrepeso/obesidad y trastorno por atracón	12 sesiones semanales 90 min/sesión	Peso Frecuencia de atracones (método de recuerdo de calendario de 7 días y EDE-Q) Patología alimentaria (TFEQ) Autoestima (RSE) Depresión (BDI) Relación matrimonial (DAS) y Subescalas seleccionadas de la medida de evaluación de tensión (SAM)	3 meses 9 meses	-Diferencias significativas en el grupo TCC en comparación con grupo control: mayor tasa de abstinencia de atracones; menos días de atracón, peso, patología alimentaria, síntomas depresivos y autoestima (pero no en satisfacción marital) --La participación de las parejas en la terapia no mejora los resultados, pero implica mejor valoración de estrategias de afrontamiento

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Jaspreet y cols., 2005 (177)	Evaluar los efectos de un tratamiento conductual grupal (TC) para la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso y obesos estables con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que habían sido cambiados de olanzapina a risperidona	Aleatorizado a: 1-BT grupal 2-Grupo control: atención clínica habitual	72 pacientes (ambulatorios u hospitalizado estables) con diagnóstico DSM-IV de esquizofrenia o esquizoafectivo	20 sesiones durante 14 semanas	IMC Asistencia a las sesiones Satisfacción (CSQ-8) Síntomas psicóticos (PANSS) Impresión clínica de cambio (CGI-C) Impresión clínica de gravedad (CGI-S)	4 ^a semana 8 ^a semana 14 ^a semana	-Pérdida de peso fue significativa en ambos grupos, pero numéricamente mayor en los pacientes que recibieron TC que el grupo control -BT puede ser un método eficaz para la reducción de peso en pacientes con enfermedad psicótica crónica
Stahre y cols., 2005 (162)	Describir y evaluar la eficacia a largo plazo de un programa de tratamiento de reducción de peso cognitivo para pacientes obesos	Aleatorizado a: 1-Terapia cognitiva grupal 2- Grupo control: lista de espera	132 mujeres con obesidad en lista de espera para cirugía bariátrica.	10 semanas 30 h totales	Peso	6 meses 12 meses 18 meses	-La diferencia de peso entre el grupo de tratamiento y el de control a los 18 meses de seguimiento fue significativa. Con una reducción de peso media de 10,4 kg. (9,4%) en el tratamiento mientras que el grupo control aumentó 2,3 kg (2,1%) -Los resultados contradicen la opinión general de que el tratamiento de la obesidad siempre requiere programas a largo plazo con el fin de alcanzar resultados mantenidos a largo plazo
Melin y cols., 2006 (178)	Explorar el resultado y los problemas de abandono en el tratamiento de pacientes ambulatorios obesos en una unidad académica de obesidad	No aleatorizado ni controlado: Grupo 1: dieta baja en calorías (DBC) durante siete semanas combinadas con el programa de tratamiento conductual (TC) Grupo 2: TC	117 pacientes con obesidad	TC: 1 sesión semanal durante 1 mes, después sesiones mensuales DBC:7 semanas	IMC Tasa de abandono	2 años	-No hubo diferencia significativa en la reducción de peso ni en las tasas de abandono entre ambos grupos. - Si hay diferencia significativa en reducción peso entre los que completan y los que no completan. - No encontró relaciones significativas entre el resultado de peso y la aparición de abandono y otra variable independiente -Demuestra las dificultades del tratamiento clínico a largo plazo de pacientes ambulatorios obesos, incluso en una clínica especializada en obesidad.

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Buckroyd y cols., 2006 (160)	Explorar si los grupos terapéuticos con enfoque integrativo (TCC + psicoterapia psicodinámica + psicología del self + psicoterapia existencia + enfoque de género) reducen el peso y mejoran el funcionamiento emocional en mujeres que comen compulsivamente	Estudio 1 Aleatorización a: 1-intervención: enfoque integrativo 2- control: lectura de un libro para la superación de atracones de comida de C. Fairburn. Estudio 2: No aleatorización ni grupo control: 1-Intervención: enfoque integrativo	1º estudio: 15 mujeres comedoras compulsivas sin necesidad de obesidad o sobrepeso 2º estudio: 12 mujeres fueron invitadas a asistir a una reunión grupal en una consejería comunitaria.	1º estudio: Controles: 5 reuniones durante 3 meses Intervención: 10 reuniones durante 3 meses. 2º estudio: 36 sesiones durante 12 meses 2h/sesión	1º estudio: Peso y altura autoinformados Hábitos de alimentación (EDE) Autoestima (RSE) Entrevista ad hoc 2º estudio: Entrevista semiestructurada: historia de la alimentación compulsiva y exploración de las dificultades emocionales actuales	1º estudio: 9 meses 2º estudio: 18 meses 24 meses	1º estudio: -Cambio en el IMC desde el inicio hasta los 6 meses en el grupo de intervención. No hubo reducción equivalente entre los controles. La autoestima aumentó a los 6 meses en el grupo de intervención en comparación con los controles. 2º estudio: -Los resultados con respecto al IMC revelan una reducción significativa en todo el grupo que completaron el curso de terapia. -Los participantes informaron de cambios en sus actitudes hacia ellos mismos y sus cuerpos además del desarrollo de la asertividad.
Seamoore y cols., 2006 (179)	Evaluar la efectividad de un ensayo piloto de terapia de grupo para las mujeres con atracones o alimentación compulsiva	No aleatorizado ni controlado: 1-Grupo de terapia integrativa semanal	9 mujeres con obesidad	24 sesiones semanales	Conducta alimentaria (BES) Bienestar y funcionamiento psicológico (CORE) Entrevistas transcritas y analizadas temáticamente	6 meses	7 participantes redujeron su conducta de comer compulsivamente. Todas informaron de cambios en diferentes dominios al del comportamiento alimentario. Los cambios se mantuvieron en el seguimiento en 5 participantes. Los datos cualitativos revelaron cuatro categorías que apuntalaron la reducción de los atracones: cambios en el pensamiento dicotómico, conciencia de la conducta alimentaria, desprendimiento de los alimentos y cambios en la dieta.
Ash y cols., 2006 (168)	Investigar el efecto de una intervención de estilo de TCC grupal de 8 semanas	Aleatorizado a: 1. TCC + folleto 2. Dieta y ejercicio individualizado + folleto 3 Control (solo folleto informativo de hábitos saludables)	208 pacientes con sobrepeso/ obesidad	8 semanas Seguimiento mensual durante 6 meses	IMC Actividad Física (IPAQ) Salud general (GHQ-12) Autoeficacia (GSES) Bienestar general (SWLS)	3 meses 9 meses 15 meses	- Tanto la TCC como la dieta y ejercicio individualizado aportaron reducciones de IMC significativamente mayores que grupo control, así como mejoría en la percepción de autoeficacia pero no se encontraron diferencias entre ambos tratamientos.

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Stahre y cols., 2007 (180)	Analizar la eficacia de la modificación de un programa de eficacia demostrada en la reducción de peso	Aleatorizado a: 1-Terapia cognitiva + psicoeducación 2-Terapia conductual + actividad física 3- Grupo control terapia conductual	54 mujeres con obesidad	10 semanas 2 h/sesión	IMC	Periódicamente durante 18 m	-Las diferencias de peso de los 2 grupos de tratamiento fueron altamente significativas en todos los pasajes posteriores al tratamiento. En el programa cognitivo la pérdida de peso promedio fue de 8,6 kg (y 18 meses después 5,9 kg) y en el programa control la pérdida de peso promedio al final del tratamiento fue de 0,7 kg (y 18 meses después mostró un aumento de peso de 0,3 kg) -La eficacia a largo plazo del programa de tratamiento cognitivo parece ser satisfactoria. Con su formato grupal y tratamiento corto.
Friederich y cols., 2007 (181)	Comparar alimentación y psicopatología al inicio y al finalizar un programa de tratamiento multimodal en personas obesas con TA subclínico en comparación con TA	No aleatorizado: 1-T CC grupal + elementos de la TIP + Consejo nutricional + Ejercicio supervisado 2- Grupo control (emparejado por IMC, edad y sexo)	96 personas	15 sesiones 120 min/sesión (60 min psicoterapia y asesoramiento dietético + 60 min ejercicio)	Peso Patología alimentaria (TFEQ) Salud general (PHQ-D) Patología alimentaria (TFEQ)	3 meses 6meses Grupo control: una medida	-El programa de tratamiento multimodal seguido es igualmente eficaz en obesos con trastorno por atracón subclínico y participantes obesos con trastorno por atracón, sugiriendo que no tiene importancia clínica la diferenciación entre obesidad con trastorno por atracón y obesidad sin criterios completos para trastorno por atracón
Minniti y cols., 2007 (173)	Comparar los resultados y las tasas de abandono de un asesoramiento nutricional individual y una terapia grupal cognitiva conductual (TCC) después de 6 meses de tratamiento	Aleatorización parcial (los sujetos asignados a tratamiento podrían aceptar o rechazar la propuesta) 1-Asesoramiento nutricional individual 2-TCC grupal	129 mujeres con obesidad o sobrepeso	1- 11 sesiones quincenales con dietista (20 min) + 1 visita médica a los 3 meses 2-10 sesiones semanales de grupo (90 min) + 2 sesiones de refuerzo (a los 4 y 6 meses) + Visita médica a los 3 meses	IMC Conducta alimentaria (BES) Bienestar relacionado con obesidad (ORWELL 97) Imagen corporal (BUT) Síntomas psicopatológicos (SCL 90)	6meses	-Los participantes que completaron el tratamiento perdieron 6.39% del peso inicial y obtuvieron mejoras en todas las variables estudiadas, excepto las puntuaciones de los cuestionarios SCL 90 y BUT. -Los abandonos son significativamente mayores en el asesoramiento nutricional individual

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Befort y cols., 2010 (166)	Examinar el impacto y la rentabilidad de un ensayo piloto de un programa conductual para población rural	Aleatorizado a: 1-TC individual por teléfono 2-TC grupal por videoconferencia Teoría cognitiva social + pautas de actividad física y nutrición	34 mujeres con obesidad en área rural	16 sesiones semanales + 4 sesiones quincenales	IMC Ingesta dietética Actividad física Costos Estilo de vida en relación con el peso (WEL) Resolución de problemas (SPSI)	4 meses 6 meses	-La pérdida de peso fue mayor en la condición de TC grupal -Programa con efectividad coste-beneficio
Buclin-Thiébaud y cols., 2009 (182)	Evaluar la evolución del peso, tras un programa hospitalario con seguimiento ambulatorio a 5 años. Evaluar factores que influyen la recuperación ponderal.	No aleatorizado, ni controlado: 1-TCC + sofrología + actividad física + educación nutricional (formato individual y grupal)	39 mujeres con obesidad	10 sesiones de TCC en 2 semanas de tratamiento hospitalario + 5 sesiones de sofrología + Seguimiento de 5 años ambulatorio por su médico general (36 visitas en 5 años)	IMC Estructura de la dieta TCA, vigilancia dietética y gestión de peso (cuestionario ad hoc) Síntomas psicopatológicos en función de DSM-IV Dificultades psicosociales (Escala de Holmes)	5 años	-33 sujetos completaron los 5 años de estudio. El 60% de ellos perdieron peso o mantuvieron su pérdida de peso. -En el resto de las variables las puntuaciones fueron significativamente más bajas en el grupo de pérdida de peso en comparación con el grupo de mantenimiento y el de recuperación. -Los pacientes que perdieron peso tuvieron mayor adherencia, mejores resultados dietéticos y realizaron más actividad física
Stewart y cols., 2010 (183)	Evaluar una intervención piloto de terapia de grupo a largo plazo, y aumentar la comprensión de los mecanismos psicológicos de recuperación de peso después de la cirugía bariátrica	No aleatorizado, ni controlado: 1- TCC + entrevista motivacional	Personas operadas de cirugía bariátrica Dos cohortes con 14 mujeres en total de 32 a 67 años operadas al menos 18 meses antes	8 sesiones semanales 90 min/sesión	Peso Formularios con una lista de contenidos a abordar Temas emergentes en los grupos		-Los participantes calificaron el apoyo entre pares como un componente de gran valor del grupo e informó cambios significativos en el comportamiento, mayor motivación y confianza, y pérdida de peso reportada en un total promedio de 4 libras (rango 0–6 libras)
Holt y cols., 2010 (184)	Evaluar la pérdida de peso intencional en pacientes con obesidad y trastorno mental grave tras un programa conductual (TC)	No aleatorizado ni controlado: 1-TC grupal de asistencia voluntaria	113 pacientes con sobrepeso/obesidad y trastorno mental grave	Sesiones semanales (el número de sesiones asistidas varió desde 1 a 315 (media \pm SE = 61.0 ± 6.8) (1 h)	IMC	Al finalizar el tratamiento (máximo 8 años)	-Hubo reducciones estadísticamente significativas progresivas en el peso medio y el IMC a lo largo de la duración del monitoreo. La pérdida de peso final media \pm SE fue 7.2 ± 0.6 kg. - La pérdida de peso se correlacionó solo con el número de sesiones asistidas

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Hajek y cols., 2009 (163)	Evaluar la eficacia y el alcance potencial de dos ensayos pilotos de control de peso en dos áreas del centro de la ciudad del este de Londres	No aleatorizado ni controlado: 1-terapia cognitiva conductual grupal basada en tareas con un apoyo de grupo interactivo	162 pacientes entre los dos ensayos pilotos	6 sesiones semanales + 2 visitas de seguimiento 1h/sesión	Peso Actividad física Conocimiento de calorías y alimentación saludable	3,5 meses 4,5 meses	-Generó efectos significativos a corto plazo con una pérdida de peso de 3.8Kg y 4.8Kg en ambos estudios y mejoras en el conocimiento de calorías y alimentación comparables a los logrados por intervenciones intensivas con grupos con objetivo más tradicionales.
Kiesewetter y cols., 2010. (185)	Investigar la relación entre los estilos de apego de sujetos obesos y sus efectos en la terapia psicodinámica grupal en el contexto de un programa de reducción de peso	No aleatorizado ni controlado: 1-Terapia de grupo psicoanalítica – relacional dentro de un programa de pérdida de peso	118 pacientes con sobrepeso/obesidad	12 sesiones mensuales 60-90 min/sesión	IMC Síntomas psicopatológicos (BSI) Estilos de apego (AAPR) Situación motivacional (observada retrospectivamente) Temas grupales (observada retrospectivamente)		-Los pacientes se han beneficiado significativamente del programa en términos de reducción de peso mientras que no se pudo encontrar ninguna diferencia con respecto a una reducción de peso exitosa para los pacientes con apego seguro y no seguro -Enfatiza la importancia de la regulación emocional y la necesidad de una terapia a largo plazo centrada en la implementación de una relación de apoyo entre paciente y terapeuta
Leombruni y cols., 2010 (186)	Explorar la eficacia de la psicoterapia psicoeducativa grupal en una población obesa con trastorno de atracón clínico y subclínico	No aleatorizado ni controlado: 1-Programa psicoeducacional grupal	297 pacientes	5 sesiones semanales 90 min/sesión	IMC SCL-90 Síntomas psicopatológicos Patología alimentaria y atracones (BES, EDI-2) Depresión (BDI) Ansiedad (STAI) Ira (STAXI) Personalidad (TCI) Insatisfacción corporal (BSQ)		-Se detectaron correlaciones entre abandono e impulsividad mientras que una condición social más estable aumenta el cumplimiento. -Surgiere reducciones significativas en la impulsividad de los alimentos, la psicopatología de los alimentos, la ira y su control.
Simon y cols., 2010. (76)	Examinar la asociación entre la mejoría en la depresión y la pérdida tras un tratamiento conductual de pérdida de peso	Aleatorizado a: 1-TC grupal enfocado a la pérdida peso 2-TC grupal enfocado a la pérdida de peso + elementos de TCC para la depresión	203 mujeres con depresión y sobrepeso/obesidad	26 sesiones durante 12 meses	Peso Actividad física autoinformada Depresión (BDI) Ingesta calórica estimada (cuestionario de frecuencia de alimentos)	6 meses 12 meses 24 meses	-Entre las mujeres con obesidad y depresión coexistentes, la mejoría a corto plazo de la depresión se asocia con la pérdida de peso (38% vs. 22%, índice de probabilidad = 2.20, IC del 95% = 1.09 a 4.44). - La mejora en la depresión se asoció con un aumento en la actividad física, pero no con un cambio en la ingesta calórica.

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Ricca y cols., 2010 (159)	Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) individual y grupal y los posibles factores predictivos del resultado	Aleatorizado a: 1-TCC individual 2-TCC grupal	144 paciente con trastorno por atracón	22 sesiones durante 24 semanas 50 min/sesión para sesiones individuales 60 min/sesión para sesiones grupales	IMC Historia de consumo Patología alimentaria (EDE-Q, BES) Síntomas psicopatológicos (entrevista clínica estructurada DSM-IV y SCL-90) Alimentación emocional (EES) Ansiedad (STAI) Depresión (BDI)	3 años	-Ambos tratamientos mostraron una respuesta similar en términos de todas las medidas de resultado a largo plazo, y determinaron una reducción significativa de la frecuencia de atracones y una leve reducción de peso -La baja alimentación emocional era el único factor predictivo de la reducción de peso -El sobrepeso durante la infancia, el diagnóstico completo de BED y la alta alimentación emocional fueron factores predictores de resistencia al tratamiento
Brawley y cols., 2012 (187)	Comparar los efectos de intervenciones grupales en personas mayores con obesidad y problemas cardiovasculares	Tipo de tratamientos: 1-Actividad física grupal basada en la teoría cognitivo social + consejo dietético 2-Actividad física 3-Grupo de psicoeducación para un envejecimiento saludable	288 pacientes mayores (60-79 años) con obesidad/ sobrepeso y enfermedad cardiovascular o disfunción cardiometabólica	1) y 2) 8 sesiones grupales semanales + sesiones de mantenimiento mensuales 3) 8 sesiones semanales, 1 sesión mensual durante mes 3-6. Cada dos meses hasta mes 18	IMC Datos sociodemográficos Movilidad (tiempo x metros) Satisfacción con la función física y la apariencia (escala tipo Likert)	8 meses 14 meses 20 meses	Mayor adherencia, pérdida de peso, actividad e incremento en variables cognitivas (autoeficacia, satisfacción con la apariencia, satisfacción con la función física) en grupo combinado que en el resto de los grupos.
Latner y cols., 2014 (188)	Estudio prospectivo para comprobar si intentos previos de pérdida de peso predicen mejores o peores resultados en la pérdida de peso con un programa grupal de modificación de conducta (TC) de autoayuda.	No aleatorizado ni controlado: 1- TC manualizado de autoayuda: estilo de vida, dieta y actividad física.	128 pacientes con sobrepeso	16 sesiones semanales	IMC Numero de intentos previos Mayor pérdida de peso y edad de esa pérdida	10 meses 18 meses 22 meses 28 meses	Mayor número de intentos y pérdida de peso previo predicen mejores resultados en el tratamiento

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Mantzios y cols., 2014 (164)	Comparar los efectos sobre la pérdida de peso y factores psicológicos de tratamiento de atención plena en formato grupal e individual	Aleatorizado a: 1-Atención plena individual en audio 2-Atención plena grupal Ambos disponen de material psicoeducativo online voluntario	170 pacientes con obesidad	6 sesiones semanales 20 min/sesión	IMC Atención plena (MAAS) Impulsividad (BIS-11) Evitación conductual (CBAS) Registro de participación		-Pérdida de peso significativamente mayor en formato grupal que en individual (1,83 frente a 0,52 kg) -Correlación negativa entre pérdida de sesiones y mayor peso - Los participantes en formato individual mejoraron sus puntuaciones en atención plena y disminuyeron en impulsividad. No así en evitación, que aumentaron
Compare y cols., 2016 (189)	Comparar la pérdida de peso y reducción de atracones de la terapia centrada en las emociones o la terapia combinada (TCE+ asesoramiento dietético)	Aleatorizado a: 1-TCE grupal 2-TCE grupal+ asesoramiento dietético	118 pacientes con obesidad y trastorno por atracón	20 sesiones semanales 60-90 min/sesión	IMC Síntomas psicopatológicos (entrevista estructurada DSM IV) Patología alimentaria (EDE) Alimentación emocional (EES)	Medidas semanales en el tratamiento 10 meses	-Ambos tratamientos redujeron los atracones y el peso, pero la modalidad combinada perdió peso más rápido. -La respuesta temprana al tratamiento seguido de un cambio rápido en el medio plazo y desaceleración de la tasa de cambio al final de la terapia se asoció con mejoras a más largo plazo
Berman y cols., 2016 (172)	Estudiar la viabilidad de un estudio piloto que incluye una intervención manualizada llamada “¡Acéptate a ti mismo!” basada en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y un programa de mejora la salud física (HAES) en mujeres con obesidad y depresión	No aleatorizado ni controlado: Tratamiento grupal manualizado que integra ACT y HAES	21 mujeres con obesidad y depresión	11 sesiones semanales (2 h)	IMC Síntomas psicopatológicos (Entrevista estructurada DSM-IV) Salud general (PHQ-9) Depresión (HAMD) Actividad física (PAR) Bienestar relacionado con la obesidad (ORWELL 97) Auto-estigma relacionado con el peso Aceptación de la imagen corporal (BIAAQ) Presión arterial	Medidas semanales en el tratamiento 5 meses	-Disminución de síntomas depresivos que se mantuvieron durante el seguimiento. -Mejoría y mantenimiento de resultados durante el seguimiento en: de peso, variables psicológicas (aceptación, estigma, calidad de vida) y presión arterial -Aumento actividad física durante tratamiento, pero no se mantienen los resultados en el seguimiento.

Tabla 1. Descripción de los estudios revisados sobre psicoterapia de grupo en obesidad (continuación)

Referencia	Objetivos	Grupos de estudio	Muestra	Descripción intervención	Medidas de resultado	Seguimiento	Resultados
Kivlighan Jr. y cols., 2017 (190)	Estudiar el efecto de las congruencias y discrepancias entre las alianzas (entre miembros y para con el líder) sobre los síntomas.	No aleatorizado ni controlado 1-TCC grupal + programa de ejercicio físico individualizado	168 pacientes con sobrepeso/obesidad asignados a uno de los 20 grupos	12 sesiones durante 3 meses 90 min/sesión	Calidad de la relación terapéutica (GQ) Angustia dentro del grupo (OQ-45)	3ª, 6ª 12ª sesión	-Las alianzas de división interpersonal e intrapersonal en un grupo de tratamiento son perjudiciales para el progreso del tratamiento, con pocos resultados en la modificación de síntomas por lo que necesitan ser reconocidos y dirigidos por el líder del grupo
Järvelä-Reijonen y cols., 2018 (191)	Comparar los efectos de un programa de terapia de aceptación y compromiso (ACT) sobre la conducta alimentaria, la calidad de la dieta y si el estrés percibido basal modera los efectos de intervención	Aleatorizado y controlado aleatorio en tres ciudades finlandesas 1-ACT grupal 2- Control: ACT grupal (1 sesión) + 46 ejercicios a través de una aplicación móvil en formato texto y video que podían elegir libremente y hacer tantas veces como quieran	254 pacientes con sobrepeso/obesidad	8 semanas 90 min/sesión	IMC Salud general (GHQ-12) Patrón de alimentación percibido (IES) Actitud hacia la comida (HTAS) Motivación para la regulación del comportamiento alimentario (REBS) Calidad de la dieta (UDQ) Consumo de alcohol (AUDIT-C) Ingesta de nutrientes mediante software AivoDiet 2.0.2.2	7 meses	- Se encontraron beneficios en ambas intervenciones en concreto en: alimentación intuitiva (comer por razones fisiológicas), la aceptación de los alimentos y la regulación del comportamiento alimentario. -En el tratamiento grupal disminuyó la alimentación no controlada y mejoraron las actitudes hacia la comida y la aceptación de los alimentos. Obteniendo., por tanto, mayores beneficios que la condición control. -En el grupo control disminuyó el uso de comida como recompensa - El estrés no modificó los resultados - No se produjeron cambios en la dieta en ninguna condición, lo que sugiere que debe incluirse intervenciones específicas de nutrición

Índice de masa corporal (IMC), Entrevista de examen de desorden alimentario (EDE-Q), Visual Analogue Scales (VASs), Beck Depression Inventory (BDI), Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE), Tratamiento conductual estándar (TC), terapia de prevención de recaídas (TPR), Terapia de resolución de problemas (TSP) Índice de masa corporal (IMC), Índice de gravedad general (GSI), Lista de verificación de síntomas revisado (SCL-90-R), Terapia cognitivo conductual (TCC), Terapia interpersonal (TIP), Eating Disorder Examination (EDE), Cuestionario de alimentación de tres factores (TFEQ), Escala de ajuste diádico (DAS), Escala de Impresión Global Clínica de Gravedad (CGI-S), Escala de Impresión Global clínica de cambio (CGI-C), Cuestionario de insatisfacción corporal (BSQ), Inventario Breve de síntomas (BSI), inventario de los problemas interpersonales (IIP), Dieta baja en calorías (DBC), Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), Cuestionario de Salud General (GHQ-12), Escala de Autoeficacia (GSES), Escala de satisfacción con la vida (SWLS), Escala de atracones (BES), Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE), Cuestionario de bienestar relacionado con la obesidad (ORWELL 97), Inquietud corporal (BUT), cuestionario de estilo de vida de eficacia de peso (WEL), Inventario de solución de problemas (SPSI), Adult Attachment Prototype Rating (AAPR), Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI), Inventario de temperamento y carácter (TCI), Escala de alimentación (EES), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), Escala de evitación conductual (CBAS), Terapia Centrada en las emociones (TCE) Terapia de aceptación y compromiso (ACT), Salud para todos los tamaños (HAES), Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), Escala para depresión de Hamilton (HAMD), Actividad física de siete días de Stanford RECALL (PAR), Cuestionario de aceptación y acción de la imagen corporal (BIAAQ), Cuestionario de grupo (GQ), Cuestionario de resultados-45 (OQ-45), Comportamiento alimenticio la escala de alimentación intuitiva (IES), Health and Taste Attitudes Scale (HTAS), Regulation of Eating Behavior Scale (REBS), Índice de calidad de la dieta (IDQ), Cuestionario de consumo de alcohol (AUDIT-C)

Los estudios muestran de forma consistente mejoras en el constructo general “funcionamiento psicológico”, señalando mejoras tanto en bienestar subjetivo como en medidas específicas de patología alimentaria (157, 161, 176). El equipo de Nauta (157, 161) encontró diferencias significativas en bienestar psicológico a favor de los pacientes que completaban el programa grupal, independientemente de la naturaleza del programa (cognitivo vs. conductual) o de que perdieran o ganaran peso en el transcurso de este. En la misma línea, (165) Renjilian y colaboradores encontraron mejora en funcionamiento psicológico (medido por la escala GSI del SCL-90) y disminuciones en puntuaciones sobre síntomas depresivos tanto en la condición de abordaje individual como en el grupo. Tampoco Wilfley y su equipo encontraron diferencias entre dos modalidades de tratamiento grupal (cognitivo- conductual e interpersonal), concluyendo que en el seguimiento se mantenía la mejoría tanto en medidas generales de psicopatología como en las que analizaban específicamente el comportamiento alimentario (174). En un estudio (168) valoraron el cambio en una medida de bienestar general después de una intervención grupal y en el seguimiento a 12 meses de personas que habían participado en tres condiciones de tratamiento, encontrando que quienes habían recibido intervención mejoraban en estado de salud y bienestar general más que los controles, pero no se evidenciaron diferencias en esta dimensión a lo largo del tiempo entre los grupos de tratamiento. La mejora en el estado de salud o en medidas relativas al comportamiento alimentario no parece asociada al diagnóstico de Trastorno por Atracón (169).

En otros estudios la comparación no centró en valorar el impacto diferencial de distintas modalidades de intervención, sino en medir los cambios tras la implementación de un tipo particular de intervención; en ellos, las medidas post-tratamiento que valoran malestar subjetivo o gravedad de los síntomas alimentarios aparecen de forma consistente más bajas que las pre-tratamiento (160, 170, 172, 179, 190), informándose de mejora en variables psicopatológicas (170, 172), en frecuencia de atracones/episodios de sobreingesta (170, 179) o cambios en actitudes y funcionamiento emocional (179, 190, 192).

Influencia del formato grupal sobre la adherencia

En cuanto a las tasas de abandono, algunos autores han tratado de identificar variables relacionadas con los cambios en las mismas, encontrando resultados que apuntan a mejores tasas de adherencia en programas grupales frente a intervenciones individuales (173) y en aquellas que implicaban estrategias de solución de problemas durante el seguimiento frente a

intervenciones grupales sin contactos posteriores (167). Gorin y colaboradores (176) descartaron la participación del cónyuge en el programa grupal como variable mediadora que pudiera influir en la adherencia al programa.

En cuanto a modalidades de tratamiento, Nauta describe abandono selectivo en el seguimiento entre dos condiciones grupales, una de orientación conductual y otra de orientación cognitiva. Aunque no había diferencias significativas entre los grupos durante la intervención, sí se evidenciaba un abandono selectivo en el seguimiento en pacientes del grupo conductual que no habían tenido una evolución favorable (157, 161). (178) no encontraron diferencias en las tasas de abandono entre dos grupos, uno que combinaba la intervención conductual con una dieta baja en calorías y otro que recibía exclusivamente el abordaje conductual, sin embargo, (187) objetivaron menos abandonos en el grupo que ofrecía un abordaje grupal más integral (programa psicoeducativo de envejecimiento saludable) que en aquellos centrados de forma específica en la actividad física o la pérdida de peso.

Análisis sobre las variables psicológicas mediadoras.

Algunos estudios han tratado de identificar cambios relevantes en variables psicológicas que parecen asociarse con los cambios a nivel de conducta alimentaria. En particular, (171) apuntan cuatro aspectos que parecían asociarse a la disminución del número de episodios de sobringesta y que se obtuvieron a través del análisis cualitativo de la información: cambios en el pensamiento dicotómico, en conciencia de conducta alimentaria, en distanciamiento respecto de la comida y cambios en la dieta. Ash y colaboradores (168) encontraron mejoras en la medida de autoeficacia asociadas a la pérdida de peso, tanto ante intervenciones individuales como grupales. Otra variable que aparece mencionada en la literatura como mediadora de los resultados es la impulsividad (164, 186) o el manejo de la ira (186). El grupo de Simon (76) asoció una mayor probabilidad de pérdida de peso en mujeres que habían disminuido de forma significativa sus puntuaciones en una escala de sintomatología depresiva. Otra variable que parece predecir mejores resultados en la variable pérdida de peso es un mayor número de intentos previos (188). Por último, Berman y colaboradores (172) encontraron en la comparación de medidas pre, post y en seguimiento a 3 meses después de una intervención manualizada de ACT cambios en variables como la aceptación, el estigma o la calidad de vida percibida, asociadas al mantenimiento de cambios en otras variables como el peso.

1.4.3 Comparación de la eficacia de intervenciones individuales y grupales.

Por último, vamos a detenernos en describir las pocas investigaciones que se han hecho comparando el mismo tratamiento (mismo enfoque, mismas dinámicas, mismo número de sesiones) aplicado en formato individual y formato grupal, pues son estos estudios los que mejor nos permiten ver los efectos añadidos del formato grupal, es decir, qué parte de los resultados no se debe a que se realice una intervención psicológica en cuestión, sino al formato en concreto en que se aplica.

El primer estudio que comparó la eficacia diferencial del tratamiento de la obesidad en formatos individual y grupal fue el de Kingsley y Wilson en 1977 (193). Estos autores aplicaron un programa de terapia de conducta de 8 sesiones a 72 mujeres adultas, tomando como variable dependiente el peso. Concluyeron que, al final del programa terapia individual y grupal se asociaban a una pérdida de peso similar, pero al año de finalizar el programa las mujeres que habían realizado la intervención grupal mantenían mejor la pérdida ponderal.

Renjilian y colaboradores en 2001 (165) se plantearon estudiar el posible efecto de la preferencia hacia terapia grupal o individual. Reclutaron 96 personas obesas y descartaron para el estudio a aquellas personas que no mostraron una preferencia clara hacia algún formato de tratamiento. Quedaron 75 participantes que fueron aleatorizados en 2 grupos de estudio en función de la coincidencia (o no) con la modalidad de tratamiento preferida. Se implementó un programa de tratamiento de 26 sesiones y se tomó como variables dependientes el índice de masa corporal (IMC) y síntomas psicopatológicos medidos con el SCL90-R y el BDI. Estos autores encontraron que, independientemente de la preferencia, el formato de intervención grupal producía una pérdida ponderal significativamente mayor; y que ambos formatos de tratamiento mejoraban significativamente el funcionamiento psicológico. No se observó ningún efecto de la preferencia.

Cresci (194) comparó en un ensayo clínico con 3 años de seguimiento, un programa cognitivo-conductual individual de 10 sesiones (n= 57) con un programa grupal similar de 10 sesiones (n=84) orientadas a la modificación del estilo de vida. Se midieron a los 0, 6, 12 y 36 meses la circunferencia de la cintura y el IMC. A los 6 meses en el formato grupal los pacientes habían perdido una media de 2 kg, mientras que en el formato individual habían perdido sólo 0,8kg, siendo las diferencias significativas a favor del formato grupal. Pero a los 12 y 36 meses no se encontró diferencias entre los grupos de estudio. Concluyeron que aplicar su programa

en formato grupal no obtenía peores resultados que hacerlo en sesiones individuales, incluso a corto plazo podría acelerar la pérdida ponderal. Ambos grupos perdían a los 3 años unos 2,7 kg de media.

Minniti y colaboradores en 2007 (173) realizaron un estudio con 129 adultos con sobrepeso/obesidad implementando un programa de intervención de 6 meses en formato individual (n=72) y grupal (n=57). Como variables dependientes incluyeron el IMC, tasa de abandono y, a través de cuestionarios, calidad de vida, insatisfacción corporal, síntomas psicopatológicos y atracones. Concluyeron que la modalidad individual se asociaba con una tasa de abandonos significativamente mayor que la grupal (54,2% vs 15,8%) y que, independientemente de la modalidad de tratamiento, aquellos participantes que completaron el tratamiento presentaban mayor pérdida ponderal y mejores resultados en todos los cuestionarios administrados.

Befort (166) realizó un estudio con mujeres obesas en un ámbito rural en el que valoraba el impacto y la coste-efectividad de realizar un tratamiento individual por teléfono o el mismo tratamiento en formato grupal por videoconferencia, asignando al azar un total de 34 mujeres a los distintos formatos. Encontraron que la pérdida ponderal en formato grupal (14,9kg, DE 4,4) era mayor a la bajada de peso en el formato individual (9,5kg, DE 5,2), con lo cual plantearon el grupo por videoconferencia en entornos rurales como una intervención coste-eficiente.

Ricca y colaboradores (159) publicaron un ensayo clínico en 2010 con seguimiento a 3 años en mujeres obesas con Trastorno por Atracón. El programa intervención era de corte cognitivo-conductual y se componía de 24 sesiones. Aleatorizaron a 144 personas, 72 a formato grupal y 72 a formato individual. Como variables dependientes midieron peso, atracones, resistencia al tratamiento, recaídas, cambio diagnóstico y, a través de cuestionarios, actitudes hacia la comida, ingesta emocional y síntomas psicopatológicos. Tomaron medidas antes y después del tratamiento y a los 3 años. Concluyeron que, a corto plazo, la terapia individual presentaba mejores resultados en todas las variables, pero que a los 3 años ambos grupos de estudio se igualaban. Tanto la terapia individual como la grupal reducían significativamente los atracones y levemente el IMC, reducían los síntomas psicopatológicos y la ingesta emocional, pero que la terapia individual era más efectiva en las “dimensiones psicopatológicas más nucleares” (el peso y la imagen corporal).

Finalmente, Mantzios y Giannou en 2014 (164) evaluaron una intervención en mindfulness comparando el formato de aplicación (individual vs grupal) para reducir el peso, la impulsividad y las conductas de evitación en estudiantes universitarios con sobrepeso que querían perder peso. Encontraron que los participantes que realizaron la intervención grupal perdían más peso y mostraban menor frecuencia de conductas de evitación, sin que hubiera variación en la impulsividad; mientras que en la intervención individual se asoció a mayor evitación y menor impulsividad. Simplemente concluyeron que el mindfulness podría ser potencialmente beneficioso para personas que quisieran perder peso.

2 INTERÉS DEL ESTUDIO, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 Interés del estudio

Vivimos en la época de la Medicina basada en la evidencia (MBE), lo cual implica esencialmente que, si la toma de decisiones clínica se basa en hallazgos refrendados por la investigación, tanto los resultados clínicos como el uso de recursos sanitarios serán óptimos. La práctica de la MBE requiere la integración de la experiencia clínica del profesional sanitario, con investigación correctamente concebida y de calidad, y siempre tomando en cuenta los valores y preferencias de los pacientes; es a lo que se conoce como la triada de la MBE (ver Figura 9)(195, 196).



Figura 9. Tríada de la Medicina Basada en la Evidencia

En el ámbito de la Psicología Clínica la idea de que la práctica clínica debe basarse en pruebas científicas tampoco es nueva. Ya en 1896 Witmer, uno de los precursores de la Psicología Clínica, planteaba que los psicólogos debían de formarse tanto como científicos como profesionales para que pudieran aplicar a sus pacientes las mejores opciones terapéuticas disponibles (197). La investigación en esta línea dentro del ámbito de la Psicología Clínica ha tenido un largo recorrido, cuyo mayor exponente son las Guías de Tratamientos Psicológicos Eficaces publicadas, que plantean para para distintas patologías psiquiátricas o médicas qué tratamientos psicológicos se han mostrado bien establecidos, probablemente eficaces o se encuentran en fase experimental.

Sin embargo, a pesar de la relevancia de evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas y de las numerosas investigaciones publicadas, la integración de la investigación

en la práctica de la psicología clínica no llega a consolidarse en ámbitos aplicados (198), teniendo poco impacto en la práctica profesional habitual (199). En mi humilde modo de entender la realidad, gran parte del problema se debe a que, en cuanto a Psicología se refiere, el mundo sanitario y el universitario viven en paralelo y poco integrados. Por un lado, están los Psicólogos Clínicos, especialmente aquellos que trabajan en Sanidad Pública, atendiendo pacientes tratando de sobrellevar estoicamente la elevada presión asistencial y, por otro lado, están los psicólogos universitarios investigando en gran parte con voluntarios, o con pacientes de gravedad leve, por el difícil acceso que tienen a poblaciones clínicas mas complejas. Y creo que esta situación repercute en una peor calidad asistencial, deviniendo en una división y, por tanto, en un claro hándicap de la Psicología como profesión.

Una de las motivaciones principales que me llevaron a desarrollar este proyecto de investigación y esta tesis doctoral es el querer aportar mi granito de arena para cambiar esta situación. Si se desarrollan investigaciones de calidad sobre tratamientos psicológicos en práctica clínica habitual y se divulgan convenientemente, los resultados de la investigación podrían ser aprovechados por otros centros sanitarios, la calidad asistencial aumentaría y el abismo entre Psicología Clínica y psicología universitaria se reduciría. Y, siendo un poco menos ambiciosa, si consigo demostrar que la intervención psicológica que aplico a mis pacientes es eficaz, al menos mi práctica clínica habitual será basada en la evidencia.

Volviendo al tema que nos ocupa, la obesidad es un grave problema de salud aún sin resolver. En la introducción hemos visto que las tasas de prevalencia son elevadas y, aunque su velocidad de crecimiento se ha reducido, siguen aumentando. Así mismo, la obesidad tiene graves repercusiones sobre la salud, asociándose a un riesgo aumentado de numerosas enfermedades importantes, reduciendo la calidad de vida y la esperanza de vida y generando un importante gasto sanitario.

Los tratamientos habitualmente utilizados para enfrentar la obesidad, basados en la alteración en el balance ingesta energética-gasto calórico, han mostrado resultados débiles e inconsistentes, con mínimo impacto a largo plazo. Incluso la cirugía bariátrica muestra una elevada tasa de recuperación del peso perdido según pasa el tiempo desde la intervención. Claramente, la alteración del balance energético es una condición necesaria para la pérdida ponderal, pero parece que no es suficiente.

Por otra parte, los aspectos psicológicos han mostrado un rol fundamental tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la obesidad, motivo por que se han ido incorporando

progresivamente en el abordaje multidisciplinar de esta patología e incluyéndose en las distintas guías clínicas.

Los tratamientos psicológicos para el abordaje de la obesidad están evolucionando. En un primer momento se basaban principalmente en técnicas conductuales con el objetivo principal de reducir el peso corporal, y progresivamente se van centrando cada vez más en mantener las pérdidas ponderales en el tiempo, aunque sean más reducidas, y en lograr un mejor estado de bienestar psicológico en las personas con obesidad, muy en la línea de la corriente de humanización de la salud actual.

Pero dadas las elevadas prevalencia mencionadas, y el reducido ratio actual de Psicólogos Clínicos por habitante que tenemos en la Comunidad de Madrid (CAM), a saber 1 psicólogo clínico de adultos por cada 40.000 habitantes mayores de 18 años (200). Plantear intervenciones psicológicas individuales en todos los casos de obesidad es simplemente impensable, ni en la CAM, ni prácticamente en ningún lugar del mundo, ya que supondría un coste en recursos humanos demasiado importante.

Una alternativa terapéutica más coste-eficiente que la terapia individual podría ser la intervención psicológica grupal. La psicoterapia de grupo ha mostrado su efectividad para numerosos trastornos mentales, considerándose que naturaleza psicoterapéutica inherente a propia la dinámica de grupo facilita y optimiza los resultados terapéuticos. La evidencia científica disponible hasta el momento en obesidad plantea que la psicoterapia de grupo puede ser eficaz en personas con obesidad, siendo al menos tan efectiva como la individual para perder peso, y mejorando asimismo la sintomatología asociada, la autoestima y la calidad de vida.

Sin embargo, los tratamientos psicológicos aplicados en formato grupal que han mostrado eficacia hasta el momento siguen excesivamente ligados al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio y, por tanto, están muy dirigidos a buscar la pérdida de peso mediante la modificación del balance energético, sin haber logrado la evolución humanista alcanzada por las psicoterapias individuales, a mi entender necesaria para lograr el mantenimiento de los logros a largo plazo y redundar en un mejor estado general y emocional de las personas que tienen obesidad.

La realización de este proyecto de investigación surge en 2014, en el contexto de la incorporación de mi figura de Psicóloga Clínica al Programa de Atención Integral al Paciente con Obesidad que venía realizándose en el Hospital Universitario Infanta Leonor desde su

apertura en 2009. Dada la situación comentada en este apartado, implementar una intervención psicológica individual iba a resultar del todo insuficiente, y se planteó la opción de llevar a cabo grupos de psicoterapia.

En ese momento, llevaba 10 años de mi vida profesional como Psicóloga Clínica dedicada al ámbito de los Trastornos Alimentarios y la Obesidad, los últimos 5 en exclusiva. Y en este contexto, ninguno de los programas de intervención grupal para personas con obesidad publicados me parecía que incluyera todas las áreas de intervención que mi experiencia clínica y mi formación me habían señalado como importantes en estos pacientes. Así que decidí desarrollar y protocolizar una propuesta de intervención psicológica grupal, el “Programa PsicoObe”, y diseñé el proyecto de investigación que se detalla a continuación para valorar su eficacia. Pues como empezaba este apartado diciendo, toda práctica clínica de calidad debe basarse en la evidencia, empezando por la mía.

Y, además, si investigaciones como esta demuestran que impactan de manera significativa en la evolución de los pacientes con obesidad a medio plazo y ello conllevara un ahorro en costes sanitarios directos e indirectos, quizás sí salieran los números para incorporar más profesionales de la salud mental en el tratamiento de la obesidad.

2.2 Hipótesis

- H₁: Los pacientes obesos que hagan la intervención grupal (grupo de intervención) experimentarán una pérdida ponderal mayor que los pacientes en los que no se realice la intervención grupal (grupo control).
- H₂: Los pacientes del grupo de intervención disminuirán más el riesgo a padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria que los pacientes del grupo control.
- H₃: Los pacientes del grupo de intervención disminuirán más sus indicadores de psicopatología que los pacientes del grupo control.
- H₄: Los pacientes del grupo de intervención mejorarán más su calidad de vida relacionada con la salud que los pacientes del grupo control.
- H₅: Las diferencias entre ambos grupos de estudio (intervención/control) a los 6 meses se mantendrán en el seguimiento a los 12 meses.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

- Valorar la eficacia de un programa de intervención psicológica grupal para disminuir el peso corporal, el patrón alimentario alterado, mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de pacientes obesos.

2.3.2 Objetivo primario

- Determinar si los pacientes que realizan el programa de intervención grupal presentan al finalizar el estudio una mayor pérdida ponderal que los pacientes que siguen el tratamiento estándar.

2.3.3 Objetivos secundarios

- Sistematizar un Programa Intervención Psicológica Grupal, el “Programa PsicoObe”, para la atención al paciente con obesidad que permita evaluar su eficacia y su replicabilidad.
- Ampliar los conocimientos sobre los aspectos emocionales y psicopatológicos de la Obesidad.
- Determinar si los pacientes que realizan el programa de intervención grupal disminuyen más su puntuación en el índice “Riesgo de TCA” del cuestionario EDI-3 que los pacientes que siguen el tratamiento estándar.
- Determinar si los pacientes que realizan el programa de intervención grupal mejoran más los indicadores de psicopatología (índices del cuestionario SCL-90-R) que los pacientes que siguen el tratamiento estándar.
- Determinar si los pacientes que realizan el programa de intervención grupal mejoran más su calidad de vida percibida (índices del cuestionario SF-36) que los pacientes que siguen el tratamiento estándar.
- Valorar si las diferencias encontradas entre los grupos de estudio al finalizar el tratamiento objeto del estudio se mantienen a los 6 meses de finalizado el tratamiento.
- Determinar si los pacientes que realizan el programa de intervención grupal se adhieren más a la “Dieta Mediterránea” que los pacientes que siguen el tratamiento estándar.
- Valorar el papel modulador de la motivación (evaluada con el cuestionario R-URICA) en los resultados terapéuticos.

3 METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Ensayo clínico unicéntrico, abierto, paralelo cuyo protocolo se encuentra visible en la web Clinical Trials (<http://clinicaltrials.gov>) con el número de registro NCT03937167.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEIC) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 22 de abril de 2016 (ver Anexo III: CEIC).

3.2 Sujetos de estudio

El estudio fue dirigido a personas mayores de edad con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 que, con el objetivo de disminuir su peso corporal, acudían a consulta de endocrinología del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Una vez realizada la consulta de endocrino, eran derivados a valoración por Psiquiatría. Para el estudio fueron reclutados los pacientes que acudieron a cita con psiquiatría de forma consecutiva.

Los participantes que cumplían los criterios de inclusión fueron aleatorizados a uno de los dos grupos de estudio: intervención estándar (tratamiento clínico habitual) o intervención estándar más programa de intervención psicológica grupal.

El período de reclutamiento de pacientes para la realización de esta tesis doctoral se inició el 1 de mayo de 2016 y se finalizó el 30 de abril de 2018.

A. Criterios de Inclusión.

- Ser mayor de 18 años y menor de 65.
- Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 30.
- Lectoescritura.
- Si extranjero, nivel alto de castellano, hablado y escrito.
- Paciente subsidiario de realizar un tratamiento específico para la obesidad.
- Aceptar recibir atención psicológica en formato grupal durante 20 semanas.
- Capacidad para comprender y consentir en la participación en el programa.
- Si ha sido sometido a cirugía bariátrica, han debido pasar al menos 2 años desde la intervención quirúrgica.

B. Criterios de no inclusión.

- Ser menor de 18 años o mayor de 65.
- Embarazo.
- Déficit sensoriales o cognitivos que impidan la realización de las evaluaciones y/o el seguimiento del tratamiento.
- Paciente que no requiere de un tratamiento específico para la obesidad.
- Paciente con obesidad secundaria a trastorno hormonal no estabilizado.
- Presencia de Trastorno Mental Grave que requiera derivación a recurso específico de tratamiento.
- Haber sido sometido a cirugía bariátrica en los dos últimos años.

C. Criterios de exclusión.

- Trastorno por abuso o dependencia de sustancias, incluido el alcohol como diagnóstico principal.
- Ser sometido a cirugía bariátrica durante el estudio.
- Quedarse embarazada durante el estudio.

Tamaño muestral

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 90 sujetos en el primer grupo y 90 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior a 2 unidades de IMC. Se asume que la desviación estándar común es de 6.8 kg/m². Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

3.3 Descripción de la intervención “Programa PsicoObe”

3.3.1 Presentación y encuadre de la intervención

El Programa PsicoObe se diseñó y protocolizó entre junio y diciembre de 2015, y en el momento actual se encuentra revisándose con el objetivo de ser editado y publicado como manual de intervención a lo largo del año 2019, una vez podamos incluir los resultados sobre eficacia.

Este programa de intervención no parte de ningún enfoque teórico en particular, sino de la experiencia clínica, principalmente de los 5 años que pasé trabajando en un hospital de

día para pacientes con TCA crónicos y/o graves, perteneciente al Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid.

El Programa PsicoObe se desarrolla desde un enfoque integrador que incluye, principalmente, aunque no solo, las terapias de conducta de tercera generación, la terapia sistémica, el Modelo Transteórico del cambio, la entrevista motivacional, el modelo de adicción a la comida, el EMDR, las teorías del apego y la neuropsicología clínica.

El Programa PsicoObe es un programa de intervención psicológica en formato grupal dirigido a personas con sobrepeso u obesidad. Está constituido por 20 sesiones de 90 minutos con frecuencia semanal y 1 sesión, de recuerdo, 3 meses después. Se realiza en grupo cerrado, con máximo 12 personas por grupo para favorecer la cohesión grupal.

3.3.2 Filosofía de la intervención.

El programa PsicoObe tiene tres líneas de intervención básicas o aspectos nucleares que se desarrollan a lo largo de todo el programa de forma transversal, dado que consideramos que son los aspectos fundamentales que abordar en las personas con trastornos alimentarios y, en concreto, en obesidad. Estos 3 aspectos nucleares son: Autoconciencia, Autorregulación y Aceptación (ver Figura 10).

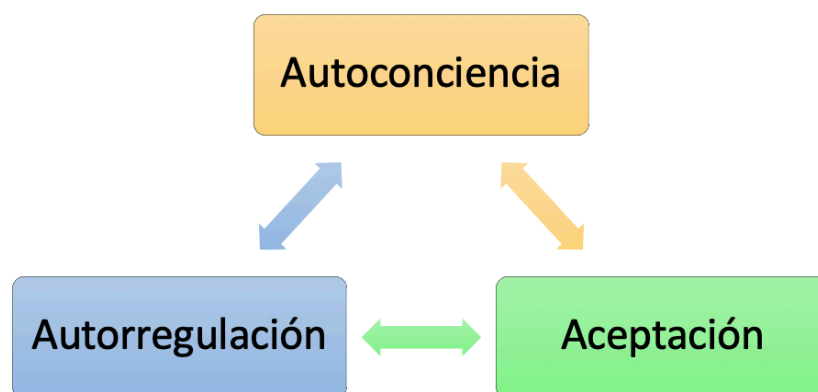


Figura 10. Aspectos nucleares de la intervención psicológica en el Programa PsicoObe.

Sin conciencia no hay cambio, la autoconciencia es el punto de partida para que puedan llevarse a cabo cambios sólidos y con sentido. Son muchas las cosas de las que una persona tiene que tomar conciencia para poder perder peso de forma mantenida, se enumeran unas pocas a continuación, pero solo son ilustrativas, porque la idea esencial es que hay que poner

a trabajar a dos expertos, un experto en cómo funcionan, cambian y se relacionan con la comida las personas (el terapeuta) y un experto en cada caso en particular (el paciente). Para que una persona con sobrepeso pueda adelgazar entender por qué lo que come le hace engordar, por qué los intentos que ha hecho para perder peso no han funcionado, que el estar centrado en la comida y el peso “protege” de que otras preocupaciones más nucleares salgan a la conciencia, que la mayor estigmatización de los gordos la hace cada uno consigo mismo, que todas las emociones son inherentes a la vida, que las emociones para no dañarnos deben de ser aceptadas, que lo que más nos limita no es la gordura sino la evitación experiencial, que solo la autoestima que proviene de la aceptación es sólida, que la comida actúa nuestros conflictos interpersonales, etc.

La autorregulación se refiere principalmente a 3 aspectos: la conducta alimentaria, la gestión emocional y las relaciones interpersonales. Una vez la persona va entendiendo cuál es su relación con la comida, se la orienta para que poco a poco vaya cambiando los aspectos subyacentes. Un objetivo básico es el de lograr el equilibrio, no se trata de hacerlo todo perfecto sino de conseguir un equilibrio que facilite que los cambios se mantengan en el tiempo. Otra idea importante es que los cambios deben hacerse de forma progresiva y uno por uno. Respecto de la comida nos primero nos centraremos en lograr una alimentación adecuada, para después ir reduciendo el impacto de las transgresiones. Respecto de la regulación emocional, debemos primero identificar tanto las emociones como los fenómenos de evitación experiencial, entender la función de cada emoción, y trabajar en su aceptación. Finalmente, los síntomas alimentarios se entienden como una forma de “no ver” problemas interpersonales, que una vez identificados deben afrontarse adecuadamente.

La aceptación implica el tomar conciencia de la realidad sin juzgar si debiera estar teniendo lugar o no. La aceptación se ha de trabajar en varios aspectos: la aceptación de la forma de alimentación, la aceptación del tamaño y la forma del cuerpo, la aceptación de quien soy, la aceptación de lo que siento y la aceptación de las personas que tengo a mi alrededor. Trabajar en aceptación es la parte más difícil del programa, porque la “no aceptación” lo que esconde son creencias negativas profundas muy dolorosas como “hay algo mal en mí”, “no soy merecedor de afecto”, “no soy capaz”, “no estoy seguro”, “soy vulnerable”, ... que la persona evita que lleguen a la conciencia. Es un trabajo complejo, para entenderlo mejor veamos su aplicación a los atracones: nadie tendría atracones si pudiera no tenerlos pues es un síntoma altamente egodistónico, pero se ha visto que luchar contra ellos desde el control sólo lleva cíclicamente a la frustración, pero si aceptamos que a día de hoy son parte de nosotros, en vez

de dirigir nuestros esfuerzos a una lucha sin sentido, podremos dirigir esos esfuerzos a entender qué función fisiológica y/o psicológica tiene esos atracones y, si afrontamos directamente los factores subyacentes, los atracones irán poco a poco perdiendo su funcionalidad y, consecuentemente, irán disminuyendo hasta desaparecer).

3.3.3 Módulos y sesiones de Intervención.

El programa de intervención está estructurado en cuatro módulos, que se entrelazan de forma progresiva (ver Figura 11). En la Tabla 2 podemos encontrar un listado de sesiones, que se describen brevemente en relación con el módulo al que corresponden.

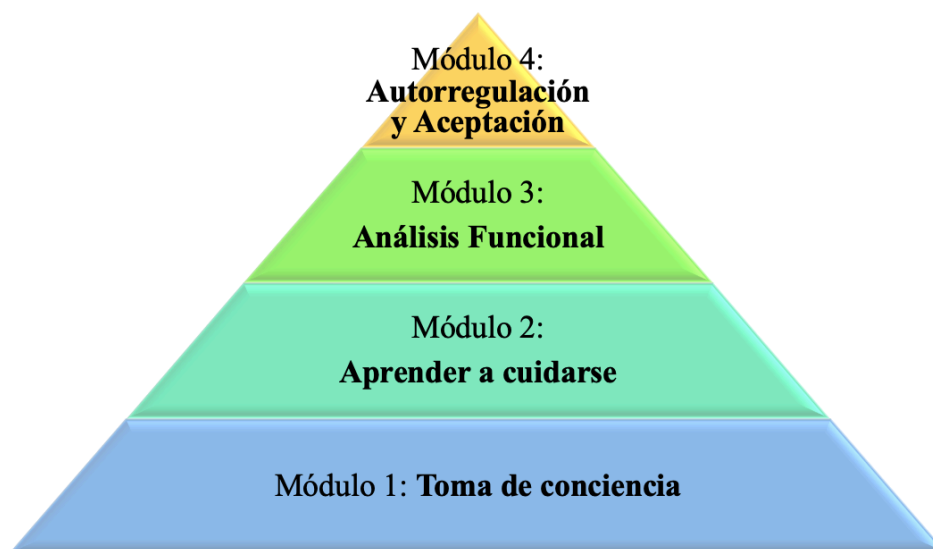


Figura 11. Módulos de intervención del Programa PsicoObe

Módulo 1: Toma de conciencia.

En este módulo el objetivo principal es identificar y cuestionar las ideas preconcebidas que han hecho al paciente fracasar en sus intentos previos de perder peso.

En la 1ª sesión hacemos una presentación de los participantes y del programa, explicamos que no se trata de un programa conductual para perder peso y nos centrándonos exponer la filosofía o aspectos nucleares de la intervención.

En la 2ª sesión, empiezan con el ejercicio de completar la frase “Si estuviese delgado/a...” y trabajamos en la toma de conciencia de las ideas sobrevaloradas relacionadas

con la gordura presentando la *evitación experiencial* como principal responsable de las consecuencias que se le atribuían a la gordura.

En la 3ª sesión, planteamos la premisa cognitiva de que nuestros pensamientos influyen en lo que sentimos y en nuestra conducta y trabajamos en la identificación de los pensamientos en relación con la comida, el peso o/y la imagen corporal que puedan obstaculizar el proceso terapéutico, los “pensamientos boicoteadores”.

En la 4ª sesión, entrenamos al grupo para que cuestione y flexibilice los pensamientos boicoteadores identificados tanto en la sesión previa como durante la semana.

Tabla 2. Sesiones del Programa PsicoObe.

<i>Sesión</i>	<i>Módulo</i>
1. Presentación. Ajuste de expectativas. Objetivos. Filosofía del programa.	Toma de conciencia
2. “Si estuviera delgado...” Identificación de ideas sobrevaloradas en relación con la gordura.	
3. Definición e identificación de pensamientos boicoteadores.	
4. Trabajo en flexibilización de los pensamientos boicoteadores.	
5. Consejo nutricional I. Qué necesita el cerebro para funcionar de forma óptima.	Aprender a cuidarse
6. Consejo nutricional II. Organización de las ingestas y entrenamiento en planificación.	
7. Introducción al concepto de transgresión y presentación de estrategias de manejo.	
8. Profundización en estrategias de manejo de transgresiones.	
9. ¿Para qué sirve la comida además de para nutrirse? Funciones reguladoras de la comida.	Análisis funcional
10. Co-Regulación: del amor a la agresión a través de la comida.	
11. Introducción al análisis funcional (AF).	
12. Profundización en el AF a través del análisis de transgresiones.	
13. Profundización en el AF a través del análisis de transgresiones II.	Autorregulación y Aceptación
14. Discusión del artículo “si sabe sufrir, sufrirá menos”. Definiendo la aceptación.	
15. Autorregulación emocional basada en la aceptación (vs evitación).	
16. Cómo verme más guapo/a. Trabajo en aceptación de la imagen corporal.	
17. Comer con conciencia.	Sesión de recuerdo
18. Debate a favor en contra de la obesidad. Tomando conciencia de lo que subyace en el fondo.	
19. Modelo Transteórico del cambio. Trabajo en aceptación del proceso de cambio	
20. Reflexión sobre el proceso terapéutico y preparación del grupo para rodar solo.	
21. Repaso de contenidos/ideas más importantes. Afirmación de logros. Prevención de recaídas.	

Módulo 2: Aprender a cuidarse.

La finalidad de este módulo es que los pacientes cambien su objetivo de “quiero perder peso” a “quiero aprender a cuidarme porque merezco estar bien”, y para ello vamos dotándoles de herramientas para mejorar su forma de alimentarse y de afrontar las transgresiones alimentarias.

La 5ª sesión, tiene una importante carga psicoeducativa sobre funcionamiento cerebral y necesidades nutricionales del cerebro para funcionar de forma óptima. La obesidad está asociada a malnutrición (desequilibrio de los nutrientes en la dieta), que se traduce en una evitación de los carbohidratos complejos generan una sobreutilización de alimentos de alta palatabilidad en compensación. Esta forma de alimentarse mantenida en el tiempo genera una serie de alteraciones a nivel de funcionamiento cerebral que se traducen en cambios emocionales, cognitivos y conductuales. Se inicia el trabajo con autorregistros.

En la 6ª sesión, tras explicar brevemente “La pirámide de la alimentación saludable”, trabajamos en la organización y planificación de las ingestas y los menús, realizando un entrenamiento en funciones ejecutivas ecológico. Asimismo, se plantea la necesidad de lograr un equilibrio entre “comer sano” y “sentir placer con la comida”. Se inicia el trabajo con las planificaciones.

En la 7ª sesión, definimos las “transgresiones” como todas las ingestas alimentarias que generan disonancia cognitiva, esto es, lo que la persona come que piensa o siente que no debería de haberse comido. Y planteamos que para resolver la disonancia hay 2 vías paralelas y complementarias, 1) cambiar lo que comemos o como lo comemos; y 2) aceptar las transgresiones sin culpa.

En la 8ª sesión, trabajamos en cómo disminuir el impacto de las transgresiones en la salud bio-psico-social, principalmente a través de estrategias conductuales. Es decir, nos centramos en cómo comer. También introducimos brevemente el concepto de “comer con conciencia”.

Módulo 3: Análisis funcional.

El tercer módulo está dirigido a la identificación de la funcionalidad tanto fisiológica como psicológica de la comida. Si partimos de la premisa conductual de que toda conducta que

se mantiene en el tiempo tiene más beneficios que costes, nunca podremos cambiar esa conducta conocemos su funcionalidad.

En la sesión 9, se realiza una lluvia de ideas con la pregunta “¿para qué sirve la comida además de para nutrirse?”, con la que se acaban explicando las 2 variables que conforman las 4 situaciones de funcionalidad psicológica de la comida. La comida nos ayuda a aliviar el malestar (reforzamiento negativo) y a buscar el placer (reforzamiento positivo). Y por otra parte esta función reguladora la ejercemos tanto a nivel intrapersonal (auto-regulación) como interpersonal (co-regulación), es decir, la comida no solo sirve para gestionar nuestros pensamientos y sentimientos; sino también nuestras relaciones.

En la 10ª sesión, profundizamos en el concepto de co-regulación, a través de la identificación de cómo la comida está mediando las relaciones de los pacientes que están en el grupo. Se plantean conceptos básicos de la terapia sistémica para entender, sin juzgar, las dinámicas relacionales planteadas y encaminar estrategias de co-regulación alternativas.

En la sesión 11, se explica una herramienta de análisis funcional (AF) para que los pacientes puedan indagar y reflexionar sobre la funcionalidad de sus transgresiones en concreto. Se inicia el trabajo en análisis funcional.

En las sesiones 12 y 13, profundizamos en la herramienta de AF explicada en la sesión anterior a través de ejemplos concretos de los pacientes del grupo. Sólo a través de la práctica se puede interiorizar el cómo buscar las funcionalidades.

Módulo 4: Autorregulación y aceptación.

Una vez identificadas las funcionalidades psicológicas de la alimentación, en el módulo 4 se profundiza en las estrategias de autorregulación y la búsqueda de la aceptación.

En la 14ª sesión, se reflexiona sobre el concepto de aceptación a través de la lectura de un artículo que fue publicado en El País Semanal en 2009, “Si sabe sufrir, sufrirá menos” de Jenny Moix (201).

En la 15ª sesión, se trata de integrar un poco más el concepto de aceptación y se comienza el entrenamiento en Mindfulness.

En la sesión 16ª, trabajamos la aceptación de la imagen corporal partiendo la idea de la repercusión que tiene el tratar de ponernos lo más guapos posible cada día, y la importante

influencia que tiene tanto a nivel de estado de ánimo, como de autoestima, e incluso de psicomotricidad.

En la 17ª sesión se hace un ejercicio práctico de “Comer con conciencia” con una pieza de fruta, y tras la experiencia vivencial integramos la parte de autoconciencia con lo trabajado en las sesiones de manejo de las transgresiones.

En la sesión 18 dividimos al grupo en 2 bloques para que debatan a favor y en contra de estar obesos. Tras los primeros minutos en que se enumeran los contras más típicos (la salud, la movilidad y la dificultad para encontrar ropa) comienzan a plantear sin darse cuenta la función de autoprotección de la gordura. No sólo la comida tiene funciones psicológicas, la propia gordura también las tiene. En esta sesión es frecuente trabajar con experiencias infantiles de abuso físico y sexual, situaciones de “invisibilidad” o negligencia y traumas de apego.

En la sesión 19ª comenzamos a trabajar el cierre del grupo, haciendo una valoración del proceso de cambio. Explicamos el Modelo Transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente (202-204) como exclusiva para trabajar en aceptación y en autocompasión, en relación con lo que cada paciente se propuso al inicio del programa y lo que va consiguiendo.

En la sesión 20ª se reflexiona en grupo sobre el proceso individual y el proceso grupal, con especial énfasis en la afirmación de logros intra e interpersonales. Se anima al grupo a seguir en contacto y aprovechar el clima de aceptación y cohesión que se ha creado como apoyo en las dificultades que surgen en el día a día.

La sesión 21ª “la de recuerdo”, tiene lugar 3 meses más tarde con idea de reforzar los cambios conseguidos, identificar y manejar los obstáculos encontrados y de planificar cómo continuar el proceso personal de cada miembro del grupo y del propio grupo.

3.4 Variables

1. Variable primaria: diferencia de peso, en kilogramos, entre el peso al inicio del estudio y el peso a los 12 meses. Cuantitativa.
2. Variables secundarias:
 - 2.1. Otras medidas antropométricas
 - 2.1.1. Diferencia de peso a los 6 meses. Cuantitativa.
 - 2.1.2. Índice de masa corporal (IMC). Cuantitativa.

- 2.2. Indicadores de la alteración de la conducta alimentaria y variables relacionadas, evaluadas a través del cuestionario EDI-3:
 - 2.2.1. Índice EDRC “Riesgo de TCA”. Cuantitativa.
 - 2.2.2. Índice GPMC “Desajuste psicológico general”. Cuantitativa.
 - 2.2.3. Resto de escalas e índices del EDI-3 (ver apartado 3.5.3)
- 2.3. Indicadores de psicopatología. Evaluados a través del Cuestionario SCL-90-R.
 - 2.3.1. Índice global de Severidad (IGS). Cuantitativa.
 - 2.3.2. Índice positivo de Malestar (PSDI). Cuantitativa.
 - 2.3.3. Total de Síntomas Positivos (PST). Cuantitativa.
 - 2.3.4. Escalas del SCL-90-R (ver apartado 3.5.4).
- 2.4. Calidad de Vida relacionada con la salud. Evaluada a través de los índices del cuestionario SF-36:
 - 2.4.1. Índice resumen de Calidad de Vida Física. Cuantitativa.
 - 2.4.2. Índice resumen de Calidad de Vida Psíquica. Cuantitativa.
 - 2.4.3. Escalas del SF-36 (ver apartado 3.5.5)
- 2.5. Escala “Acción” del cuestionario R-URICA (ver apartado 3.5.6).
- 2.6. *Adherencia a la dieta mediterránea*. Evaluado a través de la puntuación total del KIDMED. Cuantitativa. (ver apartado 3.5.7)
- 2.7. *Variables sociodemográficas y clínicas* recogidas en entrevista con psiquiatría:
 - 2.7.1. Cuantitativas: edad, nº intentos de perder peso, edad de inicio de la subida de peso.
 - 2.7.2. Cualitativas: género, estado civil, convivencia, nivel de estudios, situación laboral, nacionalidad, antecedentes psiquiátricos (diagnóstico), antecedentes médico-somáticos (diagnóstico) y realización previa de cirugía bariátrica.

Los cuestionarios psicométricos, así como la hoja de recogida de datos para las variables sociodemográficas y clínicas pueden encontrarse en los anexos IV y V.

3.5 Instrumentos

3.5.1 Tanita BC 420MA Profesional.

La Tanita BC-420PMA es una máquina de impedancia bioeléctrica que permite conocer tanto el peso como la composición corporal subyacente (masa grasa, masa muscular, agua total, masa ósea estimada, IMC, ...). A pesar de que esta tesis doctoral se centra en el peso y no tiene en consideración la composición corporal, se eligió esta báscula porque permite pesar a personas hasta 270kg con gran precisión y las básculas habitualmente utilizadas en los centros sanitarios sólo aceptan 150kg, dejando de ser fiables a los 140kg, siendo, por tanto, insuficientes para valorar a algunos de nuestros participantes. La Tanita es calibrada cada 2 años.

3.5.2 Tallímetro SECA 216.

Para evaluar la altura se utilizó un tallímetro SECA (modelo 2016) que cuenta con un alcance de medición de 3,5 a 230 centímetros. La medida se efectuó con los sujetos descalzos, colocados de espalda, en posición erecta y con los brazos extendidos paralelos al cuerpo.

3.5.3 Inventario de Trastornos Alimentarios, 3ª Edición, EDI-3.

El EDI-3 es la tercera versión del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (*Eating Disorders Inventory - EDI*) de Garner (205), una de las pruebas más importantes en la evaluación de los TCA tanto en ámbito clínico como en estudios de investigación. La 3ª edición fue publicada por el mismo Garner en 2004 (206), siendo su adaptación española realizada y publicada por la editorial TEA en 2010 (207).

El EDI-3 es una medida de autoinforme compuesta por 91 ítems que se organizan en 12 escalas principales, tres escalas clínicas específicas de trastornos de la conducta alimentaria y nueve escalas psicológicas generales (ver Tabla 3). Además, arroja seis índices: uno específico de TCA “Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria” y cinco índices de constructos psicológicos integradores.

Los ítems se evalúan en una escala tipo Likert de 6 puntos, que van desde “Siempre” hasta “Nunca” en función del grado en que la persona considera que cada afirmación se corresponde con su forma habitual de pensar. En la corrección cada ítem puntúa de 0 a 4. Puede

obtenerse una puntuación global, pero es más informativa la interpretación de las subescalas e índices.

Tabla 3. Escalas e índices del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª Edición (EDI-3).

Escalas	Índices	
Obsesión por la Delgadez (DT)	Riesgo de TCA (EDRC)	
Bulimia (B)		
Insatisfacción Corporal (BD)		
Baja Autoestima (LSE)	Ineficacia (IC)	Desajuste Psicológico General (GPMC)
Alienación Personal (PA)		
Inseguridad Interpersonal (II)	Problemas Interpersonales (IPC)	
Desconfianza Interpersonal (IA)		
Déficit Introceptivos (ID)	Problemas Afectivos (APC)	
Desajuste Emocional (ED)		
Perfeccionismo (P)	Exceso de Control (OC)	
Ascetismo (A)		
Miedo a la Madurez (MF)		

Los 91 ítems de la escala son los mismos que conformaban el EDI-2, sin embargo, se han mejorado las propiedades psicométricas del cuestionario y se ha incorporado una nueva estructura conceptual, más congruente con las teorías modernas y los estudios empíricos sobre TCA (207). Esta nueva organización conceptual permite obtener un perfil de puntuaciones (centiles y/o puntuaciones T) que facilita planificar el tratamiento, identificar áreas específicas de intervención y valorar la respuesta al tratamiento. A continuación, pasamos a describir las escalas e índices del EDI-3:

1. *Obsesión por la delgadez (DT)*. Escala clínica compuesta por siete ítems que valoran el deseo extremo de perder peso, la preocupación por la alimentación, la preocupación por el peso y la presencia de un miedo intenso a engordar. Esta escala se ha relacionado en estudios prospectivos con la probabilidad presente o futura de tener un TCA y/o atracones. También se considera un buen indicador de la severidad de los síntomas de TCA en el seguimiento terapéutico.
2. *Bulimia (B)*. Escala clínica formada por ocho ítems que valoran aspectos relacionados con los atracones y con la ingesta en el contexto de malestar emocional. Evalúa la

tendencia a pensar y llevar a cabo atracones. Es estable en el tiempo y ha mostrado capacidad predictiva respecto de la aparición de problemas alimentarios.

3. *Insatisfacción corporal (BD)*. Escala clínica conformada por diez ítems que evalúan la insatisfacción tanto con la forma general del cuerpo como con partes específicas del mismo (muy habituales entre personas con trastornos alimentarios). No se asume causalidad entre insatisfacción corporal y desarrollo de TCA, sin embargo, se ha identificado como factor implicado en el inicio y mantenimiento de conductas extremas de control de peso, que, en interacción con otros factores de vulnerabilidad, pueden favorecer el desarrollo de un TCA.
4. *Índice Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDRC)*. Este índice de segundo grado se calcula sumando las puntuaciones T de las escalas clínicas (DT, B y BD). Se considera una buena medida de cribado para reflejar el nivel de preocupación por la alimentación y el peso, variable de riesgo demostrada para el desarrollo de TCA.
5. *Baja autoestima (LSE)*. Escala psicológica formada por seis ítems que evalúan el concepto “autoevaluación negativa” caracterizado por sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia y ausencia de valía personal. Puntuaciones altas denotan que el paciente se considera a sí mismo como incapaz de lograr metas personales, habiéndose asociado esta escala al desarrollo y mantenimiento de los TCA.
6. *Alienación personal (PA)*. Escala psicológica compuesta por siete ítems que exploran la sensación de vacío emocional, soledad y sentimientos de incompreensión de uno mismo. Puntuaciones altas implican el sentirse apartado de otros, la sensación de no tener el reconocimiento de los demás o el sentimiento de indefensión general sobre las cosas que suceden en la vida. Esta escala arroja correlaciones altas con medidas de somatización, susceptibilidad, hostilidad, baja autoestima y depresión.
7. *Índice Ineficacia (IC)*. Supone la suma de las puntuaciones T en las escalas LSE y PA. Puntuaciones altas en este índice reflejan una baja valoración personal y sensación de vacío emocional.
8. *Inseguridad interpersonal (II)*. Escala psicológica de siete ítems que valora las sensaciones de inseguridad y aprensión ante situaciones sociales, la tendencia al aislamiento, así como la dificultad para expresar pensamientos y sentimientos.
9. *Desconfianza interpersonal (IA)*. Escala psicológica que incluye siete ítems que evalúan desilusión, decepción, distanciamiento y desconfianza con los otros, así como

otras variables relacionadas con el malestar interpersonal, asociándose las puntuaciones altas en esta escala con una incapacidad básica para el establecimiento de relaciones satisfactorias.

10. Índice Problemas interpersonales (IPC). Está compuesto por las puntuaciones T de las escalas II e IA. Una puntuación alta en este índice nos habla de insatisfacción en las relaciones, que se viven como tensas, inseguras, decepcionantes, no gratificantes y de pobre calidad, así como de dificultades en las habilidades para establecer y mantener relaciones. Este índice tiene gran valor predictivo sobre la pobre respuesta al tratamiento.
11. Déficits introceptivos (ID). Escala psicológica, que se compone de nueve ítems, valora las dificultades para la toma de conciencia de estados emocionales, identificándose dos grupos de ítems: unos relacionados con el miedo a las emociones (creencias sobre su inadecuación o imposibilidad de control) y otros que exploran la confusión ante las emociones (dificultad para su adecuado reconocimiento). Ambas formas de afrontamiento emocional se han descrito como características de las personas que desarrollan TCA.
12. Desajuste emocional (ED). Escala psicológica de ocho ítems que evalúa las dificultades en la regulación emocional, la alta impulsividad, la inestabilidad emocional, la tendencia a la expresión emocional abierta y a la implicación en conductas autodestructivas (entre las que se incluye el riesgo de consumo de sustancias). Estas características de funcionamiento se asocian con una mayor resistencia al tratamiento y una peor evolución de los TCA.
13. Índice Problemas afectivos (APC). Está formado por la suma de las puntuaciones T de las escalas ID y ED. Proporciona información la gestión que la persona realiza de su mundo emocional. Las dificultades para identificar y tolerar las emociones pueden influir de forma decisiva en el mantenimiento de los trastornos alimentarios, motivo por el que deben ser un objetivo nuclear de la psicoterapia.
14. Perfeccionismo (P). Escala psicológica que incluye seis ítems, divididos en dos dominios diferenciados: el perfeccionismo autoimpuesto (que implica un criterio muy riguroso de logro personal) y el perfeccionismo socialmente impuesto (que establece el criterio de satisfacción con el rendimiento en relación con las presiones del entorno, especialmente por parte de padres y profesores). Este factor se considera relevante en

el desarrollo y mantenimiento de los TCA, habiéndose considerado un rasgo que precede a la aparición del trastorno y persiste después de su remisión. Se considera en varios estudios signo de mal pronóstico.

15. *Ascetismo (A)*. Escala psicológica de siete ítems que evalúa la tendencia buscar la virtud espiritual mediante el sacrificio, la abnegación, la autodisciplina, la evitación del placer y el control de las necesidades corporales. En personas con obesidad, el ascetismo se reflejaría en la creencia de que hacer dieta es una forma de purificación, la delgadez un símbolo de virtud y saltarse comidas un acto de penitencia; con el consiguiente riesgo de asociar el placer de comer con culpa y vergüenza.
16. *Índice Exceso de control (OC)*. Se obtiene sumando las puntuaciones T de las escalas P y A. Esta forma de funcionar basada en la renuncia personal y en sufrimiento en el contexto de la clínica alimentaria tiende a referirse a constructos relacionados con la identidad personal que se ven como virtuosos y egosintónicos siendo, por lo tanto, muy difíciles de cambiar.
17. *Miedo a la madurez (MF)*. Escala psicológica compuesta por ocho ítems que describen el deseo de regresar a seguridad de la infancia, aspecto que se ha revelado especialmente importante en la época de la adolescencia.
18. *Índice Desajuste psicológico general (GPMC)*. Se obtiene sumando las puntuaciones T de las 9 escalas psicológicas. Aunque el propósito del EDI-3 es ofrecer una valoración multidimensional, la creación de este índice general facilita una orientación sobre el patrón de respuestas del sujeto y tiene utilidad para indicar niveles particularmente altos de psicopatología.

3.5.4 Listado de 90 Síntomas, revisado, SCL-90-R.

El SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas, revisado (208) es un cuestionario autoaplicado que evalúa la presencia e intensidad de diferentes síntomas psicosomáticos y psicopatológicos. Difiere en pocos detalles de su predecesor, el SCL-90 (209). En concreto, solamente tres de los 90 ítems cambian su formulación, afectando a las escalas de obsesión-compulsión (en la que uno de los ítems aparece formulado de manera diferente) y ansiedad, en la que dos ítems son sustituidos por descripciones de síntomas nuevos. A pesar del gran parecido, se recomienda el uso de la edición revisada, ya que dispone de criterios normativos.

El SCL-90-R es un cuestionario autoaplicado que presenta 90 elementos que describen síntomas y requiere del individuo que indique a través de una escala tipo Likert graduada entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente) hasta qué punto se ha sentido molesto por cada uno de los síntomas descritos.

Se trata de un cuestionario muy utilizado en investigación, tanto con población general como con población clínica, incluyendo tanto a pacientes psiquiátricos como a pacientes con patología somática. Ha sido traducido, adaptado y validado en numerosos idiomas. La adaptación española ha sido realizada por el equipo de González de Rivera (208).

El cuestionario permite la obtención de tres índices globales y 10 dimensiones sintomáticas (ver Tabla 4), que pasamos a describir a continuación:

Tabla 4. Índices y escalas del Cuestionario de 90 Síntomas, revisado (SCL90-R).

Índices	Índice Global de Severidad (IGS)
	Total de síntomas positivos (PST).
	Índice Positivo de malestar (PSDI).
Dimensiones sintomáticas (escalas)	Somatización (SOM).
	Obsesión-compulsión (OBS).
	Sensibilidad interpersonal (INT)
	Depresión (DEP).
	Ansiedad (ANS)
	Hostilidad (HOS).
	Ansiedad fóbica (FOB).
	Ideación paranoide (PAR).
	Psicoticismo (PSI).
	Escala adicional (ADI)

- i. *Índice Global de Severidad (IGS)*. También denominado “Índice sintomático general”, constituye una medida generalizada de la intensidad del sufrimiento psicológico y psicossomático global. Es el indicador numérico más sensible porque combina información tanto del número de síntomas, como de la intensidad del malestar.
- ii. *Total de Síntomas Positivos (PST)*. También llamado “Total de respuestas positivas”, mide el número total de síntomas presentes, esto es, la amplitud y diversidad de la psicopatología.

- iii. *Índice Positivo de Malestar (PSDI)*. También conocido como “Índice de distrés de síntomas positivos”, constituye un indicador de la intensidad sintomática media, relacionando el sufrimiento global con el número de síntomas. Indica el estilo característico del individuo para experimentar el sufrimiento, es decir, si tiende a maximizar o minimizar sus respuestas.
- iv. *Somatización (SOM)*. Formada por 12 ítems, que recogen síntomas relacionados con la disfunción corporal, como reacciones neurovegetativas y otras manifestaciones psicósomáticas o funcionales, aunque se debe tener en cuenta la posibilidad de que exista patología médica subyacente.
- v. *Obsesión-compulsión (OBS)*. Diez ítems que comprenden comportamientos, pensamientos e impulsos considerados por el individuo como indeseados y generadores de angustia, además de otros fenómenos cognitivos característicos de personalidades obsesivas.
- vi. *Sensibilidad interpersonal (INT)*. Son nueve ítems referidos a sentimientos de timidez, vergüenza, predisposición a sentirse inferior, excesiva influencia de las opiniones y actitudes de los demás e inhibición en contextos interpersonales.
- vii. *Depresión (DEP)*. Formada por 13 síntomas que recogen signos y síntomas clínicos de los trastornos depresivos, como vivencias disfóricas de desánimo, anhedonia o anergia y manifestaciones cognitivas y somáticas características. Algunos síntomas como las alteraciones del sueño y del apetito se han mantenido fuera de esta dimensión porque en el análisis factorial aparecían asociados a varias escalas, por lo que Derogatis decidió agruparlos en otra categoría de “Síntomas misceláneos” (escala adicional).
- viii. *Ansiedad (ANS)*. Diez síntomas que describen sintomatología ansiosa tanto generalizada como aguda (crisis de pánico), así como signos de tensión emocional y sus manifestaciones somáticas.
- ix. *Hostilidad (HOS)*. Seis ítems que describen pensamientos, sentimientos y conductas asociadas a agresividad, rabia, irritabilidad y resentimiento.
- x. *Ansiedad fóbica (FOB)*. Siete ítems que valoran la presencia de miedo excesivo y la tendencia a evitar o escapar ante determinados estímulos. Los síntomas que tienen mayor peso en esta dimensión son aquellos relacionados con agorafobia y fobia social.

- xi. Ideación paranoide (PAR).* A través de seis ítems describe características del pensamiento proyectivo, como suspicacia, autorreferencialidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
- xii. Psicoticismo (PSI).* Diez síntomas que describen ideas y fenómenos que van desde la esquizotipia hasta la psicosis. En población general, esta dimensión se ha relacionado sentimientos de alienación social.
- xiii. Escala adicional (ADI).* Recoge siete síntomas que tienen un peso factorial relevante en diferentes escalas, por lo que no pueden agruparse en ninguna de ellas, pero se han conservado por su importancia a nivel clínico: alteraciones en apetito y sueño, ideas sobre la muerte y sentimientos de culpabilidad.

Los baremos del instrumento permiten obtener puntuaciones centiles y puntuaciones T de los índices globales y cada una de las dimensiones sintomáticas, ofreciendo baremos referidos a población general y población clínica, ajustados por género.

3.5.5 Cuestionario sobre el estado de salud SF-36.

El concepto de salud percibida o Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere a aquellos aspectos de la vida relacionados con la sensación de bienestar, así como con el funcionamiento físico y mental. Se considera que la mejor forma de medirlo es utilizando un enfoque multidimensional, que tenga en cuenta tanto los estados objetivos como subjetivos de la salud y su funcionalidad (210).

El Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36 Health Survey) diseñado por Ware y colaboradores (211) a principios de los noventa como un instrumento genérico de medición de CVRS, desarrollado en Estados Unidos para la medición de conceptos genéricos de salud, trascendentes a través de la edad, grupos de tratamiento y enfermedad que fue utilizado en el conocido “Estudio de los Resultados Médicos” (Medical Outcomes Study, MOS) (211, 212).

El SF-36 es uno de los instrumentos más utilizados y traducidos en el campo de la medición de la CVRS (210). Está dirigido a personas desde los 14 años, recomendándose la autoadministración (213). Ha sido traducido y baremado a numerosos idiomas con adecuadas propiedades psicométricas. La versión española, en concreto (213, 214) ha demostrado suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez, sensibilidad, siendo los resultados consistentes

con la versión original y poniéndose de manifiesto que los valores normativos estadounidenses son igualmente válidos para España (215).

Está conformado por 36 ítems que evalúan 8 dimensiones representativas de los conceptos de salud más empleados en los cuestionarios de salud (213), incluyendo además una pregunta de transición sobre la percepción del cambio en el estado de salud general el último año, siendo un ítem que no se tiene en cuenta para el cálculo de las dimensiones. Los ítems y las escalas están puntuadas de tal forma que a mayor puntuación mejor estado de salud, por lo cual los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con rangos que van desde 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud), recomendándose la transformación a puntuaciones típicas T para facilitar su interpretación.

El cuestionario también permite el cálculo de 2 componentes o índices de orden superior: el dominio físico y el mental, mediante la combinatoria de las puntuaciones de las 8 dimensiones (213, 214). Las escalas e índices se pueden consultar en la Tabla 5 y pasamos a describirlos a continuación:

Tabla 5. Escalas e índices del Cuestionario de Salud SF36.

<i>Escalas</i>	<i>Índices</i>
Función Física (FF)	Resumen Salud Física
Rol Físico (RP)	
Dolor Corporal (BP)	
Salud General (GH)	
Vitalidad (VT)	Resumen Salud Mental
Función Social (SF)	
Rol Emocional (RE)	
Salud Mental (MH)	

- 1) *Función Física (FF)*. Escala de 10 ítems que evalúa el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
- 2) *Rol Físico (RP)*. Dimensión de 4 ítems que valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, suponiendo un rendimiento menor que el deseado, la limitación del tipo de actividades realizadas que se pueden desarrollar o la dificultad en la realización de actividades.

- 3) *Dolor Corporal (BP)*. Escala de 2 ítems que mide la intensidad del dolor, así como su influencia en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- 4) *Salud General (GH)*. Dimensión compuesta por 5 ítems en los que la persona valora subjetivamente su salud actual y las perspectivas de salud en el futuro.
- 5) *Vitalidad (VT)*. Escala de 4 ítems que evalúa la sensación de energía y vitalidad de la persona, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- 6) *Función Social (SF)*. Dimensión de 2 ítems que valoran el grado en el que la persona cree que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en su vida social.
- 7) *Rol Emocional (RE)*. Escala de 3 ítems que evalúa el grado en que la persona cree que sus problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, suponiendo un rendimiento menor que el deseado, la limitación del tipo de actividades realizadas que se pueden desarrollar o la dificultad en la realización de actividades.
- 8) *Salud Mental (MH)*. A través de 1 ítem se valora la percepción subjetiva de la Salud mental general, incluyendo la sintomatología ansioso-depresiva, la regulación conductual y emocional y el afecto positivo en general.

3.5.6 Escala de Evaluación al Cambio de la Universidad de Rhode Island, URICA

La Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island fue originariamente desarrollada por McCounnaghy et al. en 1983 para usarse con pacientes en una psicoterapia y era válida para cualquier tipo de problema (216). La versión que administramos en el estudio es una adaptación para trastornos de la conducta alimentaria desarrollada por Rossi (217) (ver Anexos).

El objetivo de este cuestionario es evaluar los estadios de cambio en los que se puede encontrar una persona con un trastorno de la conducta alimentaria cuando se propone normalizar su alimentación, según el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (203, 204, 218, 219).

Se trata de un cuestionario de 32 ítems, en los que la persona debe indicar en una escala tipo Likert de 1 a 5 el grado en el que está de acuerdo con una serie de afirmaciones relacionadas con comer de una forma sana y ordenada (siendo 1 “muy en desacuerdo” y 5 “muy de acuerdo”).

La URICA consta de 4 subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento), que se componen de 8 ítems cada una. Así la puntuación directa en cada escala puede fluctuar entre 8 y 40. Se ha planteado que la corrección cuantitativa en 4 dimensiones es la que mejor refleja la realidad del fenómeno motivacional (216).

A pesar de que el URICA ha mostrado buena consistencia teórica, validez concurrente y discriminante (216, 220), su sistema de corrección ha sido considerado por muchos como difícilmente interpretable (221, 222), habiéndose propuesto otros sistemas de corrección (223). Pero la principal crítica que ha recibido este cuestionario en los últimos años es respecto de la inconsistencia de su estructura factorial, así como la baja validez predictiva de los resultados terapéuticos (220, 224-226).

En 2014, Tambling y Ketring publican una versión revisada del cuestionario que llaman R-URICA (224), que parece superar las limitaciones de validez predictiva de su predecesor (227). La modificación del cuestionario la basaron en los resultados de diversos estudios y análisis factoriales (224, 228). En el R-URICA se plantea la reducción del cuestionario, tras la comprobación de que varios ítems confundían los resultados al saturar en distintos factores y se propone una nueva estructura factorial en 3 factores: acción, ambivalencia y búsqueda de tratamiento. Siendo el factor “acción” el más avalado en los distintos estudios y equipos de investigación (229-231). Describimos los factores del R-URICA (224), dado que será la corrección utilizada en este proyecto:

- *Acción*: evalúa si el sujeto está activamente trabajando por cambiar su problema, de tal forma que las puntuaciones altas en esta escala surgirían el compromiso de la persona evaluada con mejorar su alimentación. 6 ítems, rango de puntuaciones: 6-30
- *Búsqueda de tratamiento*: evalúa si el sujeto está orientado hacia la búsqueda de ayuda o consejo profesional. Puntuaciones altas en esta escala implicarían una buena actitud hacia la terapia. Esta escala muestra poca validez predictiva para los individuos que ya se encuentran en proceso de terapia, dado que, como ya han buscado terapia, suelen tener puntuaciones muy altas (efecto techo). 2 ítems, rango de puntuaciones 2-10.
- *Ambivalencia hacia el cambio*. Esta escala incluye ítems en el que el evaluado cree que no es parte del problema, sería el caso de los sujetos que consideran que no es su forma de comer la que los lleva a tener obesidad, sino factores ajenos a su control. Puntuaciones altas implican que el sujeto no está comprometido con la terapia o que se siente obligado a asistir. 4 ítems, rango puntuaciones 4-20.

3.5.7 Test de la Dieta Mediterránea, KIDMED.

Diversas sociedades científicas como la SEEDO “Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad” (4, 86) o la SENC “Sociedad Española de Nutrición Comunitaria” (232) plantean que para lograr bajada de peso saludable y mantenida en el tiempo es necesario realizar una dieta saludable, variada y equilibrada, como podría ser la Dieta Mediterránea.

Desde hace un tiempo se vienen desarrollando instrumentos de cribado sencillos, rápidos y fáciles de utilizar, que permiten la estimación de aspectos básicos de la ingesta dietética o la comparación con patrones dietéticos de referencia como es la Dieta Mediterránea. Se trata de instrumentos de gran utilidad bien para identificar individuos que necesitan una intervención a nivel nutricional en ámbitos no especializados, como la atención primaria, bien para realizar investigaciones relacionadas con la alimentación en las que un cuestionario de evaluación exhaustivo no resulte factible (233).

El Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea (KIDMED) fue desarrollado por la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria para su utilización en Atención Primaria y en Promoción de la Salud, como un instrumento de cribado rápido para niños y adolescentes basado en las premisas de la dieta mediterránea (233). Y aunque el Test KIDMED estaba inicialmente dirigido a población infantil (de ahí su nombre), su fácil administración, corrección e interpretación hizo que pasara a aplicarse a población adulta mostrando igualmente buenas propiedades psicométricas (234-236).

El Test KIDMED consta de 16 preguntas que deben responderse de manera afirmativa/negativa (sí/no); 12 de las preguntas tienen una connotación positiva respecto a la Dieta Mediterránea, a la que se les asigna el valor +1 y 4 preguntas que representan una connotación negativa asignándoseles un valor de -1 (9). El cuestionario proporciona una puntuación total cuantitativa de “grado de adherencia a la Dieta Mediterránea” que oscila entre 0 y 16; e igualmente establece puntos de corte que permiten la clasificación en tres categorías:

- Dieta Mediterránea óptima (adherencia alta), puntuación de 8 a 12.
- Adherencia media: necesidad de mejora en el patrón alimentario para adecuarlo al modelo mediterráneo, puntuación de 4 a 7.
- Dieta de muy baja calidad, puntuación menor de 4.

3.6 Procedimiento

3.6.1 Sistematización del programa de intervención psicológica grupal “PsicoObe”.

Durante el primer año del estudio, se desarrolló y protocolizó el programa de intervención psicológica grupal “PsicoObe”, descrito previamente en el apartado 3.4.

3.6.2 Procedimiento de Reclutamiento.

El período de reclutamiento una duración de 24 meses iniciándose el 1 de mayo de 2016, tras la correspondiente aprobación del CEIC.

El reclutamiento de participantes tuvo lugar en el contexto del Programa de Atención Integral al Paciente con Obesidad que vienen desarrollando conjuntamente los servicios de Endocrinología y Psiquiatría desde el año 2009. De esta manera, el proceso de reclutamiento (ver Figura 12) consta de dos partes, la consulta con endocrino y la consulta con psiquiatra.

- Consulta con Endocrino. Los pacientes valorados en la consulta de Endocrino por motivos relacionados con la presencia de obesidad serán derivados al psiquiatra para evaluación.
- Consulta con Psiquiatra, además de la valoración psiquiátrica correspondiente, se explicaba el ensayo clínico a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y aquellos que estaban interesados en participar eran apuntados en una lista de espera y se registraban las variables sociodemográficas y clínicas correspondientes. Aquellos pacientes que no cumplían criterios de inclusión o que no querían participar en el estudio continuaban con el tratamiento habitual sin ser incluidos en el estudio.

3.6.3 Procedimiento de inclusión: la “sesión de inicio”.

Cuando eran reclutados un mínimo de 20 participantes se les contactaba telefónicamente para convocarlos a una sesión de inicio de carácter grupal. En esta sesión grupal se explicaba el ensayo clínico y se contestaban todas las dudas que los pacientes pudieran plantear. Una vez finalizada la explicación, se entregaba la hoja de información al paciente (ver Anexo I) y la hoja de consentimiento informado (ver Anexo II).

Tras la firma del consentimiento informado se procedía a realizar la evaluación inicial, consistente en el registro de medidas antropométricas (peso y talla) y la realización de los

cuestionarios autoadministrados en el siguiente orden: KIDMED, URICA, SCL90-R, EDI-3 y SF36. De esta forma, las dudas que pudieran surgir en la realización de los cuestionarios podían ser resueltas en el momento por algún miembro del equipo investigador.

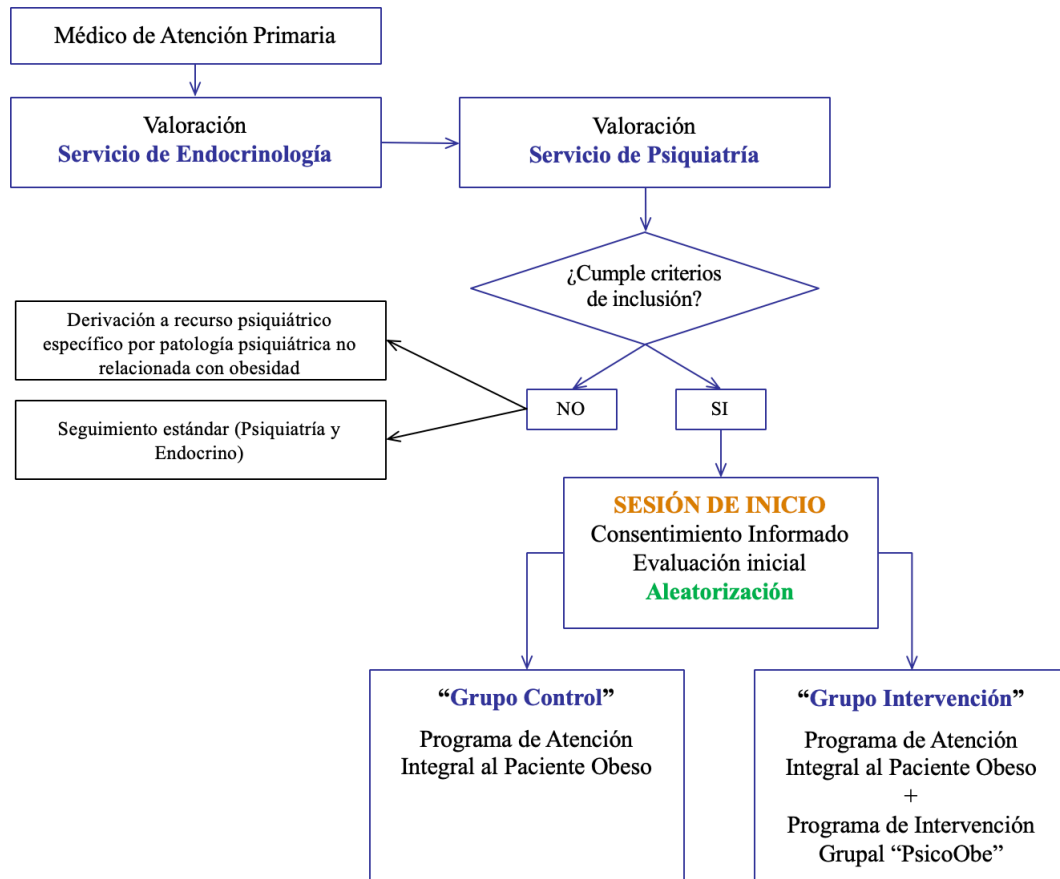


Figura 12. Proceso de reclutamiento de participantes.

Finalizada la evaluación inicial se procedía a la aleatorización en el mismo acto público, siendo los pacientes aleatorizados según iban acabando de rellenar los cuestionarios. La aleatorización se realizó en con un sistema centralizado automático programado en STATA versión 12, con las fórmulas ocultas y bloqueadas para todos los miembros del equipo investigador. La asignación a los grupos de estudio estaba programada en bloques de 16, de tal forma que cada 16 aleatorizaciones 8 sujetos eran asignados a “intervención” y 8 a “control” variando aleatoriamente esta asignación en cada bloque. Este proceso se proyectaba en una pantalla para que hubiera total transparencia en el proceso.

A los pacientes aleatorizados al grupo de intervención se les citaba una semana más tarde para iniciar el programa grupal, mientras que los participantes asignados al grupo control simplemente debían seguir con sus citas ya programadas. Una vez finalizado el año de

seguimiento del estudio, a los sujetos del grupo control se les ofreció incorporarse al programa de intervención grupal.

Aquellos pacientes citados para la sesión de inicio que no asistían eran contactados telefónicamente, si continuaban interesados en participar volvían a la lista de espera para ser convocados en la siguiente sesión de inicio y aquellos que manifestaban su no deseo de participar no fueron incluidos en el estudio.

3.6.4 Desarrollo de la intervención.

Tanto el reclutamiento como la intervención se enmarcan en el Programa de Atención Integral al Paciente con Obesidad del Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL), cuya representación esquemática puede verse en la Figura 13. Este programa viene desarrollándose en el HUIL desde la apertura del hospital en el año 2009, a excepción de la intervención del Psicólogo Clínico que no se incorpora hasta el año 2015, coincidiendo con la puesta en marcha de este proyecto de investigación.

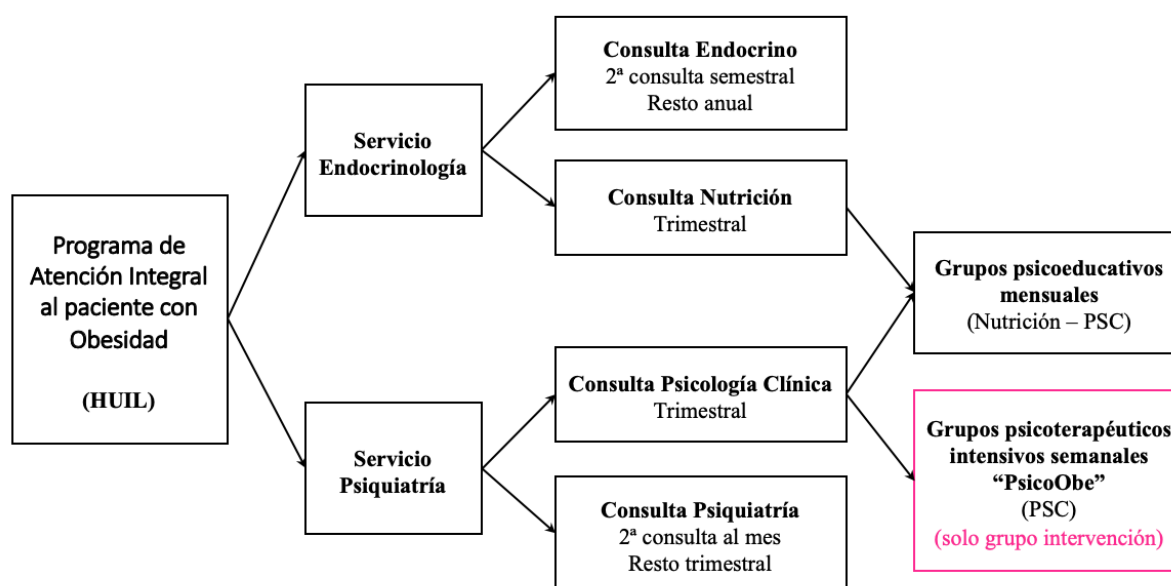


Figura 13. Programa de Atención Integral al Paciente con Obesidad del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Nuestro programa asistencial pivota en dos servicios clínicos, el Servicio de Endocrinología y Nutrición y el Servicio de Psiquiatría. La intervención por parte del Servicio

de Endocrino es exactamente la misma para los pacientes del grupo de intervención y los pacientes del grupo control. En la primera valoración por parte del endocrino además de la correspondiente anamnesis se solicita una analítica completa que se revisa aproximadamente a los 6 meses, a partir de ahí, y salvo comorbilidad médica que requiera un seguimiento endocrinológico más frecuente, las siguientes citas tienen lugar con carácter anual. Tras la primera cita con endocrino, el paciente es derivado también a consulta de nutrición, que generalmente tienen una frecuencia trimestral.

La intervención por parte del especialista en Psiquiatría también es igual para ambos grupos de estudio. Tras la primera cita se plantea una segunda al mes para revisar el tratamiento farmacológico y a partir de ahí se realiza un seguimiento aproximadamente trimestral.

Es en la intervención por parte del Psicólogo Clínico donde afecta la aleatorización realizada en este proyecto de investigación. Los sujetos aleatorizados al grupo control acuden a consulta individual de Psicología Clínica con una frecuencia trimestral, mientras que los pacientes aleatorizados a grupo de intervención además asisten a un grupo de psicoterapia intensiva grupal con frecuencia semanal durante 20 sesiones, realizando a los 3 meses una sesión de recuerdo (ver apartado 3.4). El grupo fue implementado por 2 terapeutas distintos, ambos especialistas en Psicología Clínica.

Por último, existe también un grupo psicoeducativo mensual de 2 horas de duración que realizan conjuntamente la nutricionista y la psicóloga clínica. Este grupo es abierto y, por tanto, accesible tanto a grupo de intervención como a grupo control. Se publica y publicita a un año vista un calendario con 10 sesiones anuales, al que también están invitados los pacientes que no se incluyeron en el estudio. La parte de psicología de estos grupos comparte la filosofía de tratamiento tanto de los grupos intensivos como de la intervención psicológica individual siendo complementaria, aunque voluntaria, en todos los casos.

3.6.5 Seguimiento de los participantes.

Se realizarán 2 sesiones de seguimiento una a los 6 meses (que en caso del grupo de intervención coincide temporalmente con la finalización del grupo de terapia) y otra a los 12 meses.

Estas sesiones de seguimiento, como la de inicio, tienen un formato grupal. Tanto los pacientes en grupo de intervención como los pacientes en grupo control son convocados un día

y una hora a un aula donde se toman las medidas antropométricas y se realizan los cuestionarios psicométricos autoadministrados (KIDMED, R-URICA, SCL90-R, EDI-3 y SF36).

En casos puntuales en los que no se pueda acudir a la convocatoria de seguimiento, se realiza una segunda convocatoria también grupal. Y si aún así no se han conseguido realizar todos los seguimientos se puede concertar una cita individual para la realización de la evaluación de seguimiento.

3.7 Análisis de datos.

El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 20.0 para Mac.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables evaluadas, utilizando frecuencias y porcentajes en caso de variables cualitativas y media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil (RIC) para las variables cuantitativas.

En los cuestionarios EDI-3, SCL90-R y SF36 que presentan sus resultados en puntuaciones típicas T, de media 50 y desviación estándar 10, se realizó la comparación de media con el valor 50 para establecer si los grupos de estudio se encontraban por encima, por debajo o en la línea de los valores normativos proporcionados por el cuestionario.

Para evaluar la aleatorización, se comparó la homogeneidad de los grupos por relevancia clínica, mediante resumen de las variables cualitativas en su frecuencia y las variables cuantitativas en media y desviación estándar o en mediana y RIC en caso de asimetría. Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el grupo control se realizaron contrastes de hipótesis en los que se rechazó la hipótesis nula con $p < 0,05$. En el caso variables cualitativas, se utilizó el estadístico chi-cuadrado o test exacto de Fisher, y en variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student, cuando los grupos cumplían criterios de normalidad y homocedasticidad, y la prueba de la mediana, cuando no se cumplían los supuestos para la realización de las pruebas paramétricas.

Para valorar el efecto del tratamiento (tanto del grupo de intervención como del grupo control) se calcularon los efectos absolutos para todas las variables de estudio. Éstos se calcularon restando la puntuación inicial a las evaluaciones realizadas a los 6 meses y a los 12 meses. En el caso del peso o las escalas clínicas (EDI-3 y SCL90-R) una puntuación negativa era indicativa de mejoría clínica, mientras que una puntuación positiva denotaba un empeoramiento de la variable en cuestión. En el resto de los cuestionarios, SF36, R-URICA y

KIDMED sucedía al contrario, que una puntuación positiva implicaría una mejora clínica, y una puntuación negativa un empeoramiento.

Para valorar si la mejoría o el empeoramiento de la variable primaria intragrupo era significativa se realizó un contraste con la prueba de la mediana, expresando los resultados en efecto mediano absoluto, y su RIC. En el caso de las variables secundarias, se realizó mediante el test t de Student de una muestra, y expresando los resultados como efecto medio absoluto e intervalo de confianza para la diferencia al 95%.

Seguidamente se compararon los efectos entregupos, con la prueba de la mediana y el test de la t de Student para muestras independientes. Y a continuación, se realizó un análisis estratificado de las diferencias entregupos, por todos los estratos definidos a priori en protocolo.

Se calcularon las correlaciones rho de Spearman con sus correspondientes test de hipótesis entre los efectos absolutos de peso y de las variables secundarias; para establecer si el cambio en las variables psicológicas se asociaba o no a la variación del peso.

En todos contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error alfa de 0,05.

4 RESULTADOS

4.1 Reclutamiento de pacientes para el estudio

En la Figura 14 se puede observar el diagrama de flujo del proceso de reclutamiento de los pacientes para el estudio de investigación. Dicho reclutamiento tuvo lugar entre el 23 de abril de 2016 y el 30 de abril de 2018. Durante este período se evaluaron un total de 306 sujetos en la Consulta de Obesidad del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor.

De los sujetos evaluados, 155 no fueron incluidos en el estudio, 59 porque no cumplían los criterios de inclusión y 96 porque no quisieron participar en el estudio. A continuación, se detallan los motivos de incumplimiento de criterios que tuvieron lugar:

- 29 personas no se incluyeron por edad, 7 eran menores de 18 años y 22 eran mayores de 65.
- 8 personas habían sido intervenidas de cirugía bariátrica durante los dos años previos.
- 3 personas tenían un IMC menor de 30.
- 12 personas estaban demasiado deterioradas para poder realizar el Programa de Intervención, 8 presentaban deterioro cognitivo leve-moderado, a 2 su estado de salud no les permitía acudir al grupo (estaban en diálisis) y 2 tenían un trastorno mental grave no estabilizado.
- 6 personas no cumplían requisitos de lectoescritura necesarios para realizar las evaluaciones ni para seguir las explicaciones escritas del grupo, en 3 el problema era idiomático, 1 persona era analfabeta y 2 personas presentaban déficits visuales importantes.
- 1 persona no fue incluida por estar embarazada.

Por otra parte, 22 personas de las evaluadas cumplían los criterios de inclusión, pero no dio tiempo a incluirlas en el estudio y, por tanto, no fueron aleatorizadas. Fueron 129 las personas aleatorizadas, siendo asignadas 63 al grupo de intervención y 66 al grupo control.

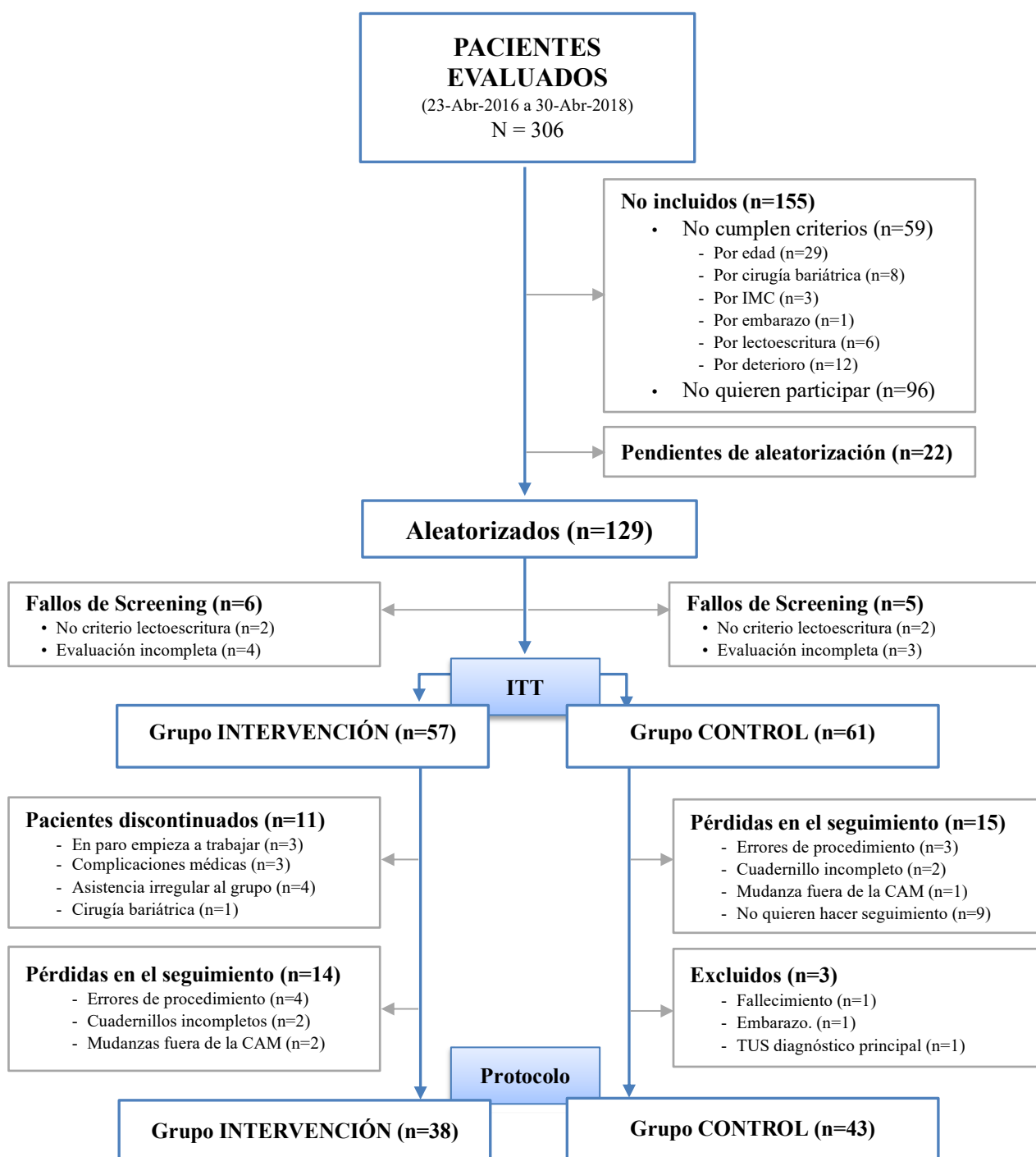


Figura 14. Diagrama de flujo de un ensayo clínico aleatorizado que compara el tratamiento estándar para la obesidad en un hospital general con la realización de un programa de psicoterapia grupal “Programa PsicoObe” añadido al tratamiento estándar.

IMC: Índice de masa corporal. CAM: Comunidad Autónoma de Madrid. TUS: Trastorno por uso de sustancias. ITT: Intención de tratamiento.

Se produjeron fallos en el cribado de sujetos y 11 personas finalmente no fueron incluidas en el estudio. En el grupo de intervención fueron 6 las personas no incluidas, 2 porque durante la evaluación inicial se objetivar ver que no contaban con las habilidades de lectoescritura necesarias para realizar los cuestionarios autoadministrados, a pesar de haber referido saber leer y escribir en la entrevista de reclutamiento. Las otras 4 no rellenaron adecuadamente la evaluación inicial, no dándonos cuenta en el momento, por lo tanto, no pudimos remendarlo a tiempo. En el caso del grupo control, 2 personas presentaron dificultades de lectoescritura y otras 3 no rellenaron adecuadamente los cuestionarios. Por tanto, en la condición de “intención de tratamiento” (ITT) encontramos un total de 118 sujetos, 57 del grupo de intervención y 61 del grupo control.

De las 57 personas asignadas a intervención en ITT, 11 no llegaron a realizar el tratamiento en cuestión. Habiéndose determinado que para considerar el tratamiento “completado” debía de asistirse a un mínimo de 14 de las 21 sesiones de grupo de las que consta la intervención. El número de sesiones a las que asistieron los sujetos que abandonaron la intervención fueron: 0, 1, 2, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12 y 13. Los motivos por los que los participantes no realizaron completamente la intervención fueron 4: 1 persona se sometió a una intervención de cirugía bariátrica en una clínica privada, 3 personas estaban en paro y consiguieron trabajo durante la intervención, 4 acudieron al tratamiento pero lo hicieron de forma muy irregular y faltando a muchas sesiones y, finalmente, 3 no pudieron continuar por el deterioro de su estado de salud (2 se sometieron a cirugías que limitaban su movilidad y 1 con patología renal y cardíaca comórbida tuvo un ingreso prolongado).

Fueron 81 los sujetos finalmente analizados en protocolo, es decir, que realizaron las 3 evaluaciones (inicial, 6 meses y 1 año), 38 del grupo de intervención y 43 del grupo control. En el grupo control se excluyeron 3 sujetos del estudio y del análisis de datos, 1 se excluyó por fallecimiento, otro por embarazo y otro por consumo abusivo de cocaína pasando llegando a cumplir criterios de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) (41).

Además de los sujetos excluidos del estudio, hubo sujetos que por diversos motivos no llegaron a realizar o completar las 3 evaluaciones requeridas en el estudio, esto es, pérdidas en el seguimiento. En concreto, hubo 8 pérdidas en el grupo de intervención y 15 en el grupo control.

De las 8 pérdidas en el seguimiento del grupo de intervención en ningún caso se rechazó hacer la evaluación; sino que los motivos de estas pérdidas en el seguimiento fueron 2

mudanzas fuera de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), 4 errores de procedimiento y 2 cuadernillos erróneos.

Los errores de procedimiento se refieren a personas que realizaron la evaluación, pero no fueron comprobadas adecuadamente y dejaron demasiados ítems sin responder dejando invalidado algún cuestionario (por ejemplo, dejaron la cara posterior de alguna prueba sin rellenar, o respondieron “sí-no” cuando debían responder en una escala tipo Likert, o dejaron más de 5 ítems sin contestar en un mismo cuestionario, ...) Los denominamos errores de procedimiento porque fue error del equipo de investigación no comprobarlos *in situ*. Respecto de los “cuadernillos erróneos”, hubo una tirada de copias de cuadernillos de evaluación a los que les faltaban 2 test, no dándonos cuenta de subsanar el error en el momento. Todos los sujetos que pudieron acudieron 2 días después a rellenar los test que faltaban, pero hubo 2 personas que no pudieron acudir.

Por otra parte, en el caso del grupo control, hubo 15 pérdidas en el seguimiento: 9 personas no quisieron realizar el seguimiento, 1 se mudó fuera de la CAM, 3 fueron errores en el procedimiento y 2 rellenaron cuadernillos incompletos.

Por tanto, en la condición de “Protocolo”, esto es con las 3 evaluaciones completas, se analizaron 81 sujetos: 38 del grupo de intervención y 43 del grupo control.

4.2 Descripción de la muestra

4.2.1 Datos sociodemográficos

Se presentan los datos sociodemográficos de los grupos de estudio en la Tabla 6. Se puede observar cómo el reparto de los sujetos entre los grupos es equitativo en todas las variables sociodemográficas estudiadas excepto en estado civil y situación laboral. Esta diferenciación entre grupo en estado civil y situación laboral puede estar debida a que son variables cualitativas con muchas categorías y alguna de las categorías tiene muy pocos sujetos. Si reagrupamos el estado civil en “con pareja/sin pareja” y la situación laboral en “trabaja/no trabaja”, las diferencias entre grupo de intervención y grupo control desaparecen.

La edad media del grupo de intervención fue de 47,0 (DT 11,4) y la del grupo control 45,5 (DT 9,7), no existiendo diferencias significativas entre los grupos de estudio ($p=0,426$).

Respecto del sexo, en el grupo de intervención el 73,7% eran mujeres (n=42) y en el grupo control el 67,2% (n=41). La proporción de mujeres en los 2 grupos no eran significativamente diferentes (p=0,286).

La mayoría de los sujetos de estudio eran españoles, el 98,2% (n=56) del grupo de intervención y el 95,1% de los controles (n=58). No hubo diferencias significativas entre las proporciones (p=0,335).

Tabla 6. Datos descriptivos de las variables sociodemográficas al inicio del estudio.

	<i>Intervención (N=57)</i>	<i>Control (N=61)</i>	<i>p</i>
<i>Edad</i>	47,0 (11,4) ²	45,5 (9,7) ²	0,426
<i>Sexo (Mujer)</i>	42 (73,7) ¹	41 (67,2) ¹	0,286
<i>Nacionalidad (español)</i>	56 (98,2) ¹	58 (95,1) ¹	0,335
<i>Estado Civil</i>			0,042*
<i>Casado/vive pareja</i>	34 (59,6) ¹	41 (67,2) ¹	
<i>Soltero</i>	13 (22,8) ¹	12 (19,7) ¹	
<i>Separado</i>	5 (8,8) ¹	8 (13,1) ¹	
<i>Viudo</i>	5 (8,8) ¹	0 (0,0) ¹	
<i>Tiene pareja (Sí)</i>	34 (59,6) ¹	41 (67,2) ¹	0,254
<i>Convivencia</i>			0,128
<i>Fam. Origen</i>	11 (19,3) ¹	8 (13,1) ¹	
<i>Fam. Propia</i>	43 (75,4) ¹	43 (70,5) ¹	
<i>Solo</i>	3 (5,3) ¹	10 (16,4) ¹	
<i>Nivel de Estudios</i>			0,565
<i>EGB/Primaria</i>	16 (28,1) ¹	24 (39,3) ¹	
<i>ESO/Secundaria</i>	10 (17,5) ¹	10 (16,4) ¹	
<i>Bachiller/Grado Sup</i>	15 (26,3) ¹	15 (24,6) ¹	
<i>Universidad</i>	16 (28,1) ¹	12 (19,7) ¹	
<i>Situación laboral</i>			0,046*
<i>Trabaja</i>	29 (50,9) ¹	31 (50,8) ¹	
<i>Estudia</i>	5 (8,8) ¹	0 (0,0) ¹	
<i>Paro</i>	12 (21,1) ¹	20 (32,8) ¹	
<i>ILT</i>	5 (8,8) ¹	2 (3,3) ¹	
<i>ILP</i>	5 (8,8) ¹	5 (8,2) ¹	
<i>Jubilado</i>	1 (1,8) ¹	3 (4,9) ¹	
<i>Trabaja (Sí)</i>	29 (50,9) ¹	31 (50,8) ¹	0,571

¹ Número de casos (%)

² Media y desviación estándar.

³ Mediana y rango intercuartil

* p < 0,05; ** p < 0,01

En relación con el estado civil, en el grupo de intervención el 59,6% (n=34) estaban casados o vivían en pareja, el 22,8% (n=13) estaban solteros, el 8,8% (n=5) estaba separados o divorciados y el 8,8% (n=5) eran viudos. En el grupo control, el 67,2% (n=41) de los sujetos estaban casados o vivían en pareja, el 19,7% (n=12) estaban soltero, y el 13,1% (n=8) estaban

separados o divorciados. La chi-cuadrado muestra distintas proporciones de categorías entre los grupos ($p=0,042$), siendo posible que esta significación se deba a que algunas categorías tienen muy pocos individuos. Se dicotomizó la variable en “tiene pareja/no tiene pareja” y de esta manera no había diferencias entre los grupos de estudio ($p=0,254$).

Respecto del nivel de estudios, del grupo de intervención el 28,1% ($n=16$) de los participantes tenían estudios básicos (EGB o Primaria), el 17,5% ($n=10$) habían terminado la educación secundaria obligatoria o similar, el 26,3% ($n=15$) finalizaron el bachiller o un módulo de grado superior y el 28,1% ($n=16$) tenían estudios universitarios. En el grupo control, el 39,3% ($n=24$) tenían estudios básicos, el 16,4% ($n=10$) estudios secundarios, el 24,6% ($n=15$) bachiller o similar y el 19,7% ($n=12$) estudios universitarios. La distribución de sujetos entre las distintas categorías era homogénea ($p=0,565$).

Finalmente, en relación con la situación laboral, en el grupo de intervención trabajaban el 50,9% ($n=29$) de los sujetos, el 8,8% ($n=5$) estaban estudiando, el 21,1% ($n=12$) estaban en paro, el 8,8% ($n=5$) en situación de incapacidad laboral temporal (ILT) o baja temporal por motivos médicos, el 8,8% ($n=5$) tenía una incapacidad laboral permanente (ILP) o jubilación por motivos médicos y el 1,8% ($n=1$) estaba jubilado. En el grupo control, el 50,8% ($n=31$) trabajaban, el 32,8% ($n=20$) estaban en paro, el 3,3% ($n=2$) en situación de ILT, el 8,2% ($n=5$) retirados por enfermedad y el 4,9% ($n=3$) se habían jubilado. La chi-cuadrado muestra distintas proporciones de categorías entre los grupos ($p=0,046$), siendo posible que esta significación se deba a que algunas categorías tienen muy pocos individuos o incluso ninguno. Se dicotomizó la variable en “trabaja/no trabaja” y de esta manera no había diferencias entre los grupos de estudio ($p=0,751$).

4.2.2 Descripción de la situación clínica de partida.

En la Tabla 7 se muestran los valores iniciales del peso y variables relacionadas. Respecto del peso, la media en el grupo de intervención fue de 111,1 (DE 23,7) y la del grupo control de 111,8 (DE 21,0), no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos. Las medianas y sus respectivos RIC fueron de 107,6 (117,8-97,0) en el caso del grupo de intervención y de 107,3 (123,7-96,7) en el caso del grupo control, no habiendo diferencias significativas entre ellas ($p=1,000$). El índice de masa corporal (IMC) medio en el caso del grupo de intervención fue de 41,4 (DE 6,9) y en el caso del grupo control 42,8 (8,0), las diferencias entre ambos grupos no eran estadísticamente significativas.

Si agrupamos los IMC en función de los grados propuestos por la SEEDO (4), nos encontramos que en el grupo de intervención el 13,1% (n=8) tiene Obesidad tipo I, el 26,3% (n=15) Obesidad tipo II, el 45,6% (n=26) Obesidad tipo III o mórbida y el 10,5% (n=6) Obesidad tipo IV o extrema. En el caso del grupo control el 11,5% (n=7) tiene Obesidad tipo I, 31 24,6 % (n=15) Obesidad tipo II, el 52,5% (n=32) Obesidad mórbida y el 11,5% (n=7) Obesidad extrema. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,779$).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la variable primaria, peso, y variables relacionadas.

	<i>Intervención (N=57)</i>	<i>Control (N=61)</i>	<i>p</i>
<i>Peso</i>	111,1 (23,7) ²	111,8 (21,0) ²	0,868
	107,6 (117,8-97,0) ³	107,3 (123,7-96,7)	1,000
<i>Índice masa corporal</i>	41,4 (6,9) ²	42,8 (8,0) ²	0,329
<i>Grado de obesidad</i>			0,779
<i>Obesidad tipo I</i>	8 (13,1) ¹	7 (11,5) ¹	
<i>Obesidad tipo II</i>	15 (26,3) ¹	15 (24,6) ¹	
<i>Obesidad tipo III</i>	26 (45,6) ¹	32 (52,5) ¹	
<i>Obesidad tipo IV</i>	6 (10,5) ¹	7 (11,5) ¹	
<i>Edad 1ª ganancia peso</i>			0,166
<i>Feto macrosómico</i>	4 (7,0) ¹	8 (13,1) ¹	
<i>1ª Infancia</i>	8 (14,0) ¹	11 (18,0) ¹	
<i>2ª Infancia</i>	12 (21,1) ¹	9 (14,8) ¹	
<i>Adolescencia</i>	16 (28,1) ¹	10 (16,4) ¹	
<i>Juventud</i>	11 (19,3) ¹	8 (13,1) ¹	
<i>Adulthood</i>	6 (10,5) ¹	15 (24,6) ¹	
<i>Intentos perder peso</i>			0,911
<i>Ninguno</i>	6 (10,5) ¹	5 (8,2) ¹	
<i>De 0 a 2</i>	15 (26,3) ¹	16 (26,2) ¹	
<i>De 3 a 5</i>	18 (31,6) ¹	18 (29,5) ¹	
<i>Más de 5</i>	11 (19,3) ¹	16 (26,2) ¹	
<i>Continuo estado de dieta</i>	7 (12,3) ¹	6 (9,8) ¹	

¹ Número de casos (%)

² Media y desviación estándar.

³ Mediana y RIC

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Respecto de la edad de la primera subida de peso, no encontramos diferencias significativas entre los 2 grupos de estudio ($p=0,166$). En el caso de los sujetos del grupo de intervención, el 8,7% (n=4) fueron fetos macrosómicos, esto es, nacieron con más de 4 kg de peso; el 15,2% (n=7) empezaron a subir de peso antes de los 5 años de edad, esto es, en la primera infancia; el 19,6% (n=9), subieron de peso entre los 5 y los 11 años durante la 2ª infancia; el 26,1% empezaron a ganar peso en la adolescencia, entre los 12 y los 18 años; el 19,6% (n=9) subieron de peso en la juventud, entre los 19 y los 25 años; y el 10,9% restante

engordaron ya en la adultez, a partir de los 25. En el grupo control, el 13,1% (n=8) fueron fetos macrosómicos, el 18% (n=11) empezaron a subir de peso en la 1ª infancia, el 14,8% (n=9) en la 2ª infancia, el 16,4% en la adolescencia, el 13,1% (n=8) en la juventud y el 24,6% (n=15) en la adultez.

En relación con los intentos de perder peso antes de empezar nuestro programa de tratamiento, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio ($p=0,911$). En el grupo de sujetos aleatorizados a intervención, 1 persona (2,2%) no había realizado ningún intento previo, 14 personas (30,4%) habían realizado 1 ó 2 intentos, 16 sujetos (34,8%) habían realizado de 3 a 5 intentos, 10 personas (21,7%) habían realizado más de 5 intentos y las restantes 5 personas (10,9) se consideraban en continuo estado de dieta. En el grupo control, había 5 individuos (8,2%) que no habían hecho intentos previos de controlar su peso, 16 (26,2%) habían realizado entre 1 y 2 intentos, 18 personas (29,5%) habían hecho de 3 a 5 intentos, 16 (26,2%) lo habían intentado más de 5 veces, y 6 individuos (9,8%) se consideraban en constante estado de dieta.

En la Tabla 8, se muestran los antecedentes personales tanto médico-somáticos como psiquiátricos. En relación con los antecedentes personales psiquiátricos, los presentaba el 77,2% (n=44) del grupo de intervención y el 70,5% (n=43) del grupo control, las proporciones no difirieron significativamente ni en el hecho de presentar o no antecedentes psiquiátricos ($p=0,269$) ni en la ocurrencia de ninguno de los trastornos evaluados. El 36,3% (n=15) del grupo de intervención y el 23% (n=14) del grupo control tenían antecedentes de Trastorno de Ansiedad ($p=0,416$). El 15,8% (n=9) del grupo de intervención y el 18% (n=11) del grupo control habían sido diagnosticados de Depresión ($p=0,496$). En el grupo de intervención el 35,1% (n=20) habían padecido un Trastorno Adaptativo, como también le había ocurrido a un 27,9% (n=17) del grupo control ($p=0,259$). Respecto del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), lo habían presentado el 5,3% (n=3) del grupo de intervención y un 1,6% (n=1) del grupo control (0,284). En el grupo de intervención el 5,3% (n=3) habían tenido un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), frente al 8,2% (n=5) que lo había tenido en el grupo control ($p=0,397$). El 26,3% (n=15) de los sujetos del grupo de intervención tenían antecedentes de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), al igual que ocurría con un 23% (n=14) de los sujetos del grupo control ($p=0,426$). Finalmente, el 5,3% (n=3) del grupo de intervención y el 6,6% (n=4) del grupo control habían sido diagnosticados de Trastorno de la Personalidad ($p=0,538$).

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de los antecedentes personales tanto somáticos como psiquiátricos de los participantes del estudio.

	<i>Intervención (N=57)</i>	<i>Control (N=61)</i>	<i>p</i>
<i>A.P.Psiquiátricos (sí)</i>	44 (77,2) ¹	43 (70,5) ¹	0,269
<i>Ansiedad</i>	15 (26,3) ¹	14 (23,0) ¹	0,416
<i>Depresión</i>	9 (15,8) ¹	11 (18,0) ¹	0,469
<i>T. Adaptativo</i>	20 (35,1) ¹	17 (27,9) ¹	0,259
<i>TEPT</i>	3 (5,3) ¹	1 (1,6) ¹	0,284
<i>TUS</i>	3 (5,3) ¹	5 (8,2) ¹	0,397
<i>TCA</i>	15 (26,3) ¹	14 (23,0) ¹	0,426
<i>T. Personalidad</i>	3 (5,3) ¹	4 (6,6) ¹	0,538
<i>A.P.Somáticos (sí)</i>	49 (86,0) ¹	53 (86,9) ¹	0,548
<i>HTA</i>	36 (63,2) ¹	31 (50,8) ¹	0,122
<i>Dislipemia</i>	19 (33,3) ¹	28 (45,9) ¹	0,114
<i>DM</i>	10 (17,5) ¹	17 (27,9) ¹	0,132
<i>Alergia</i>	13 (22,8) ¹	13 (21,3) ¹	0,510
<i>Asma</i>	8 (14,0) ¹	9 (14,8) ¹	0,561
<i>Hipotiroidismo</i>	13 (22,8) ¹	11 (18,0) ¹	0,339
<i>Cáncer próstata</i>	1 (1,8) ¹	0 (0,0) ¹	0,483
<i>Cáncer mama/ovarios</i>	3 (5,3) ¹	1 (1,6) ¹	0,284
<i>SAOS</i>	25 (43,9) ¹	26 (42,6) ¹	0,520
<i>S. Ovario Poliquístico</i>	2 (3,5) ¹	3 (4,9) ¹	0,532

² Media y desviación estándar.

¹ $p < 0,05$; ^{**} $p < 0,01$

A.P.: Antecedentes personales. HTA: Hipertensión arterial. DM: Diabetes mellitus. SAOS: Síndrome de apnea obstructiva del sueño. S.: Síndrome.

Respecto de los antecedentes médico-somáticos, el 86% (n=49) de los sujetos del grupo de intervención y el 86,9% (n=53) del grupo control los presentaban, no habiendo diferencias significativas entre los grupos en padecer o no comorbilidades médicas ($p=0,548$), ni en relación con la proporción de ninguno de los diagnósticos valorados. Se comentarán las 3 comorbilidades más asociadas con obesidad, esto es, la hipertensión, la Dislipemia y la diabetes, pudiéndose conocer los valores del resto de las comorbilidades en la Tabla 8. Padecían hipertensión arterial (HTA) el 63,2% (n=36) de los sujetos del grupo de intervención, como también le ocurría al 50,8% (n=31) del grupo control, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambas proporciones ($p=0,122$). La dislipemia (DL) era presentada por el 33,3% (n=19) de los individuos del grupo de intervención y el 45,9% (n=28) del grupo control ($p=0,114$). Y la diabetes mellitus (DM) se identificó en el 17,5% (n=10) de sujetos del grupo de intervención y en el 27,9% (n=17) del grupo control ($p=0,132$).

4.2.3 Descriptivos de la alteración en conducta alimentaria y variables relacionadas

En la Tabla 10 se presentan las puntuaciones iniciales en el EDI-3 divididas en 2 apartados: los índices y las escalas. Los datos se presentan en puntuaciones T, de media 50 y desviación estándar 10, mostrando en qué escalas se superan los valores normativos del cuestionario y, por tanto, podemos considerar que existe una alteración clínica. Se puede ver una representación gráfica de las puntuaciones junto con los rangos clínico y no clínico típicos en la Figura 15.

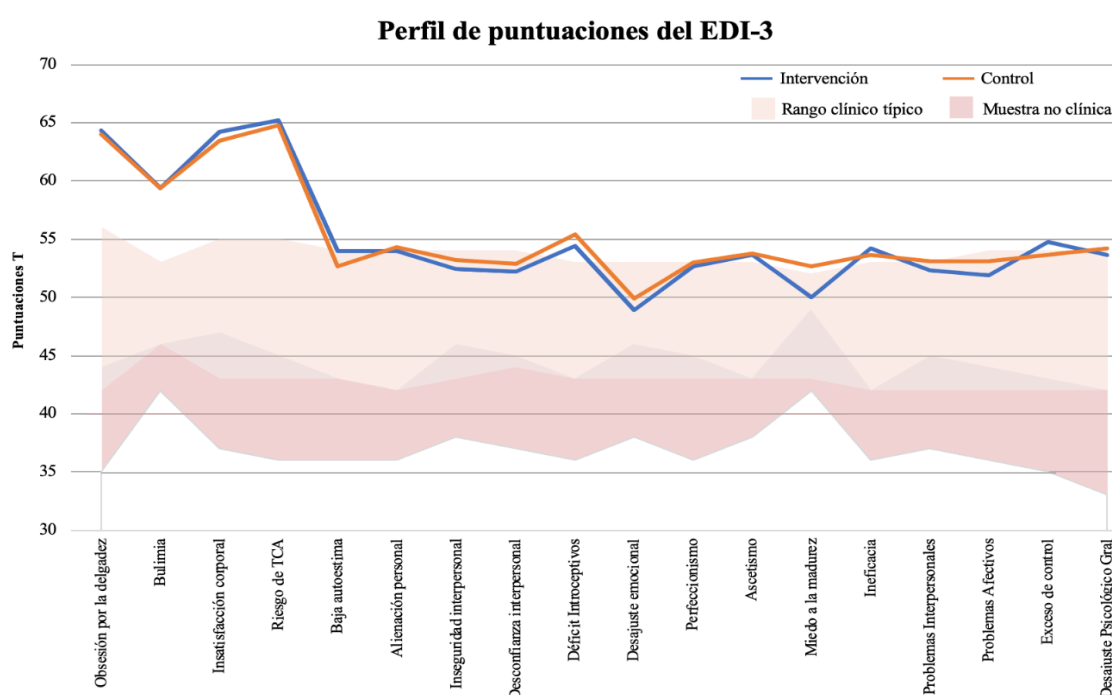


Figura 15. Perfil de puntuaciones T en el EDI-3 al inicio del estudio y en comparación con el rango clínico típico y con muestra no clínica de comparación.

Por otra parte, en la Tabla 10, podemos observar cómo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio, intervención y control, en ninguna de las variables evaluadas con el EDI-3 al inicio del estudio.

La puntuación en el índice EDRC fue de 65,2 (DE 10,3) en el grupo de intervención y de 64,8 (DE 11,5) en el grupo control, no siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,840$). En el caso del índice de “*Desajuste psicológico general*” (GPMC) la puntuación del

grupo de intervención fue de 53,6 (DE 10,8) y la del grupo control fue 54,2 (DE 11,2), las diferencias no fueron significativas ($p=0,736$).

Tabla 9. Puntuaciones iniciales en el EDI-3 y su diferenciación respecto de los valores normativos del cuestionario

			<i>Media (DE)</i>	<i>Efecto medio absoluto</i>	<i>p</i>	<i>95% intervalo confianza para la diferencia</i>		
						<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>	
<i>Intervención (n=57)</i>	<i>Índices</i>		<i>Riesgo de TCA (EDRC)</i>	65,2 (10,3) ²	15,2	0,000**	12,47	17,92
			<i>Desajuste Psicológico G^{ral} (GPMC)</i>	53,6 (10,8) ²	3,6	0,015*	0,708	6,41
			<i>Ineficacia (IC)</i>	54,2 (11,1) ²	4,2	0,006**	1,26	7,16
			<i>Problemas Interpersonales (IPC)</i>	52,3 (11,0) ²	2,3	0,122	-0,64	5,23
			<i>Problemas afectivos (APC)</i>	51,9 (9,7) ²	1,9	0,138	-0,64	4,50
			<i>Exceso de control (OC)</i>	54,8 (11,0) ²	4,8	0,012*	0,88	6,74
	<i>Escalas</i>	<i>Clinicas</i>	<i>Obsesión por la delgadez (DT)</i>	64,3 (10,9) ²	4,3	0,000**	11,44	17,23
			<i>Bulimia (B)</i>	59,4 (13,9) ²	9,4	0,000**	5,75	13,12
			<i>Insatisfacción corporal (BD)</i>	64,2 (11,5) ²	4,2	0,000**	11,12	17,19
		<i>Psicológicas</i>	<i>Baja autoestima (LSE)</i>	54,0 (10,2) ²	4,0	0,005**	1,27	6,66
			<i>Alienación personal (PA)</i>	54,0 (12,0) ²	4,0	0,016*	0,79	7,18
			<i>Inseguridad interpersonal (II)</i>	52,4 (11,5) ²	2,4	0,119	-0,64	5,45
			<i>Desconfianza interpersonal (IA)</i>	52,2 (11,6) ²	2,2	0,162	-0,90	5,25
			<i>Déficit introceptivos (ID)</i>	54,4 (9,5) ²	4,4	0,001**	1,86	6,88
			<i>Desajuste emocional (ED)</i>	48,9 (9,8) ²	-1,1	0,394	-3,74	1,49
			<i>Perfeccionismo (P)</i>	52,7 (10,0) ²	2,7	0,041*	0,11	5,40
			<i>Ascetismo (A)</i>	53,7 (11,0) ²	3,7	0,022*	0,56	6,92
			<i>Miedo a la madurez (MF)</i>	50,0 (9,9) ²	0,0	0,979	-2,59	2,66
<i>Control (n=61)</i>	<i>Índices</i>		<i>Riesgo de TCA (EDRC)</i>	64,8 (11,5) ²	14,8	0,000**	10,84	17,73
			<i>Desajuste Psicológico G^{ral} (GPMC)</i>	54,2 (11,2) ²	4,2	0,005**	1,36	7,13
			<i>Ineficacia (IC)</i>	53,6 (10,9) ²	3,6	0,012*	0,82	6,39
			<i>Problemas Interpersonales (IPC)</i>	53,1 (11,7) ²	3,1	0,043*	0,10	6,09
			<i>Problemas afectivos (APC)</i>	53,1 (11,0) ²	3,1	0,030*	0,32	5,95
			<i>Exceso de control (OC)</i>	53,7 (10,6) ²	3,7	0,008**	1,02	6,45
	<i>Escalas</i>	<i>Clinicas</i>	<i>Obsesión por la delgadez (DT)</i>	64,0 (11,8) ²	4,0	0,000**	10,91	16,93
			<i>Bulimia (B)</i>	59,4 (16,0) ²	9,4	0,000**	5,27	13,48
			<i>Insatisfacción corporal (BD)</i>	63,4 (11,0) ²	3,4	0,000**	10,62	16,23
		<i>Psicológicas</i>	<i>Baja autoestima (LSE)</i>	52,7 (10,0) ²	2,7	0,041*	0,12	5,26
			<i>Alienación personal (PA)</i>	54,3 (12,3) ²	4,3	0,008**	1,15	7,43
			<i>Inseguridad interpersonal (II)</i>	53,2 (12,0) ²	3,2	0,039*	0,17	6,92
			<i>Desconfianza interpersonal (IA)</i>	52,9 (12,5) ²	2,9	0,076	-0,31	6,11
			<i>Déficit introceptivos (ID)</i>	55,4 (10,9) ²	5,4	0,000**	2,59	8,19
			<i>Desajuste emocional (ED)</i>	49,9 (10,6) ²	-0,1	0,971	-2,76	2,66
			<i>Perfeccionismo (P)</i>	53,0 (9,5) ²	3,0	0,017*	0,55	5,44
			<i>Ascetismo (A)</i>	53,8 (12,7) ²	3,8	0,023*	0,53	7,04
			<i>Miedo a la madurez (MF)</i>	52,7 (10,4) ²	2,7	0,047*	0,03	5,34

Las puntuaciones son Puntuaciones T, expresadas medias y desviaciones estándar

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

En el índice de “*Ineficacia*” (I) la puntuación del grupo de intervención fue de 54,2 (DE 11,1) mientras que en el grupo control fue de 53,6 (DE 10,9) sin ser las diferencias clínicamente significativas (0,766). En el índice “*Problemas interpersonales*” (IPC) la puntuación del grupo de intervención fue de 52,3 (DE 11,0) y en el grupo control fue de 53,1 (DE 11,7), no siendo las diferencias clínicamente significativas ($p=704$). En relación con el índice “*Problemas afectivos*” (APC) la puntuación del grupo de intervención fue de 51,9 (DE 9,7), mientras que la del grupo control fue de 53,1 (DE 11,0), no siendo las diferencias entre ambos grupos estadísticamente significativas ($p=0,531$). Finalmente, en el índice “*Exceso de control*” (OC) el grupo de intervención puntuó 54,8 (DE 11,0) y el grupo control 53,7 (DE 10,6), y las diferencias entre ambos no fueron estadísticamente significativas ($p=0,972$).

En relación con las escalas clínicas, la puntuación en “*Obsesión por la delgadez*” (DT) en el grupo de intervención fue de 64,3 (DE 10,9) y en el grupo control de 64,0 (DE 11,8), sin ser las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,843$). En la escala “*Bulimia*” (B) las puntuaciones en grupo de intervención y control fueron iguales (59,4), diferenciándose levemente la desviación estándar (13,9 en grupo intervención y 16,0 en grupo control), la p no fue significativa ($p=982$). En “*Insatisfacción corporal*” (BD) el grupo de intervención puntuó 64,2 (DE 11,5) y el grupo control 63,4 (DE 11,0), no habiendo diferencias significativas entre los grupos ($p=0,723$).

Finalmente, respecto de las escalas psicológicas, en la escala de “*Baja autoestima*” (LSE) la puntuación del grupo de intervención fue de 54,0 (DE 10,2) y la del grupo control fue de 52,7 (DE 10,0), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,494$). En la escala de “*Alienación interpersonal*” (PA) el grupo de intervención puntuó 54,0 (DE 12,0) y el grupo control 54,3 (DE 12,3), no habiendo diferencias significativas entre los grupos ($p=889$). En la escala “*Inseguridad interpersonal*” (II) la puntuación del grupo de intervención fue de 52,4 (DE 11,5) y la del grupo control fue 53,2 (DE 12,0), no habiendo diferencias entre los grupos ($p=0,703$). En la escala de “*Desconfianza interpersonal*” (IA) la puntuación del grupo de intervención fue de 52,2 (DE 11,6) y la del grupo control fue 52,9 con una DE de 12,5 y las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,745$). En la escala de “*Déficits introceptivos*” (ID) la puntuación del grupo de intervención fue de 54,4 (DE 9,5) y la del grupo control 55,4 (DE 10,9), no habiendo diferencias entre los grupos ($p=0,588$). En la escala de “*Desajuste emocional*” (ED) la puntuación en el grupo de intervención fue de 48,9 (9,8) y en el grupo control de 49,9 (DE 10,6), no habiendo diferencias clínicamente significativas entre los grupos ($p=0,571$). En la escala “*Perfeccionismo*” (P) el grupo de

intervención puntuó 52,7 (DE 10,0) y el grupo control 53,0 (DE 9,5), sin diferencias entre los grupos ($p=0,571$). En la escala de “*Ascetismo*” (A) el grupo de intervención tuvo una puntuación de 53,7 (DE 11,0) y el grupo control de 53,8 (DE 12,7), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,983$). Por último, en la escala “*Miedo a la madurez*” (MF) la puntuación del grupo de intervención fue de 50,0 (DE 9,9) y la del grupo control de 52,7 (10,4), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas puntuaciones ($p=0,158$).

Tabla 10. Puntuaciones iniciales en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).

	<i>Intervención</i> (N=57)	<i>Control</i> (N=61)	<i>p</i>
Índices de 2º orden			
<i>Riesgo de TCA (EDRC)</i>	65,2 (10,3) ²	64,8 (11,5) ²	0,840
<i>Desajuste Psicológico G^{ral} (GPMC)</i>	53,6 (10,8) ²	54,2 (11,2) ²	0,736
Índices de 1º orden			
<i>Ineficacia (IC)</i>	54,2 (11,1) ²	53,6 (10,9) ²	0,766
<i>Problemas Interpersonales (IPC)</i>	52,3 (11,0) ²	53,1 (11,7) ²	0,704
<i>Problemas Afectivos (APC)</i>	51,9 (9,7) ²	53,1 (11,0) ²	0,531
<i>Exceso de control (OC)</i>	54,8 (11,0) ²	53,7 (10,6) ²	0,972
Escalas			
<i>Obsesión por la delgadez (DT)</i>	64,3 (10,9) ²	64,0 (11,8) ²	0,843
<i>Bulimia (B)</i>	59,4 (13,9) ²	59,4 (16,0) ²	0,982
<i>Insatisfacción corporal (BD)</i>	64,2 (11,5) ²	63,4 (11,0) ²	0,723
<i>Baja autoestima (LSE)</i>	54,0 (10,2) ²	52,7 (10,0) ²	0,494
<i>Alienación personal (PA)</i>	54,0 (12,0) ²	54,3 (12,3) ²	0,889
<i>Inseguridad interpersonal (II)</i>	52,4 (11,5) ²	53,2 (12,0) ²	0,703
<i>Desconfianza interpersonal (IA)</i>	52,2 (11,6) ²	52,9 (12,5) ²	0,745
<i>Déficit Introceptivos (ID)</i>	54,4 (9,5) ²	55,4 (10,9) ²	0,588
<i>Desajuste emocional (ED)</i>	48,9 (9,8) ²	49,9 (10,6) ²	0,571
<i>Perfeccionismo (P)</i>	52,7 (10,0) ²	53,0 (9,5) ²	0,891
<i>Ascetismo (A)</i>	53,7 (11,0) ²	53,8 (12,7) ²	0,983
<i>Miedo a la madurez (MF)</i>	50,0 (9,9) ²	52,7 (10,4) ²	0,158

Los datos se presentan en Puntuaciones T.
² media y desviación estándar. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Los datos se presentan en puntuaciones típicas T, con media 50 y desviación estándar 10. En todas los índices y escalas excepto en una, *Desajuste emocional* (ED), las puntuaciones superan la media poblacional, es decir, se encuentran por encima de 50 considerándose, por tanto, clínicamente elevadas. Asimismo, existen 3 puntuaciones, el índice de “*Riesgo de TCA*” (EMRC) y las escalas de “*Obsesión por la delgadez*” (DT) e “*Insatisfacción corporal*” (BD),

donde la puntuación en ambos grupos supera la desviación estándar poblacional, considerándose, por tanto, que la alteración en estas escalas es clínicamente significativa. En la Tabla 9 se puede ver cuán significativa es la diferencia de las puntuaciones iniciales respecto de la media normativa (50), así las únicas puntuaciones que no se consideran significativamente distintas a la media normativa en ninguno de los grupos de estudio son las escalas de “Desconfianza interpersonal” (IA) y “Desajuste emocional” (ED) y sólo en el caso del grupo de intervención los índices de “Problemas interpersonales” (IPC) y “Problemas afectivos” (APC) así como las escalas de “Inseguridad interpersonal” (II) y “Miedo a la madurez” (MF).

4.2.4 Descripción de la Sintomatología Psiquiátrica (SCL-90-R)

La sintomatología psiquiátrica fue evaluada a través del Cuestionario de los 90 Síntomas, Revisado (SCL90-R). En la Tabla 11 se presentan los datos iniciales de los grupos de intervención y control en puntuaciones típicas T, de media 50 y desviación estándar 10, pudiendo observarse en qué escalas se superan los valores normativos del cuestionario y, por tanto, se consideran clínicamente alteradas. Por otra parte, en el Figura 16 puede verse una representación gráfica de estas puntuaciones iniciales en el SCL90-R en relación con los valores normativos.

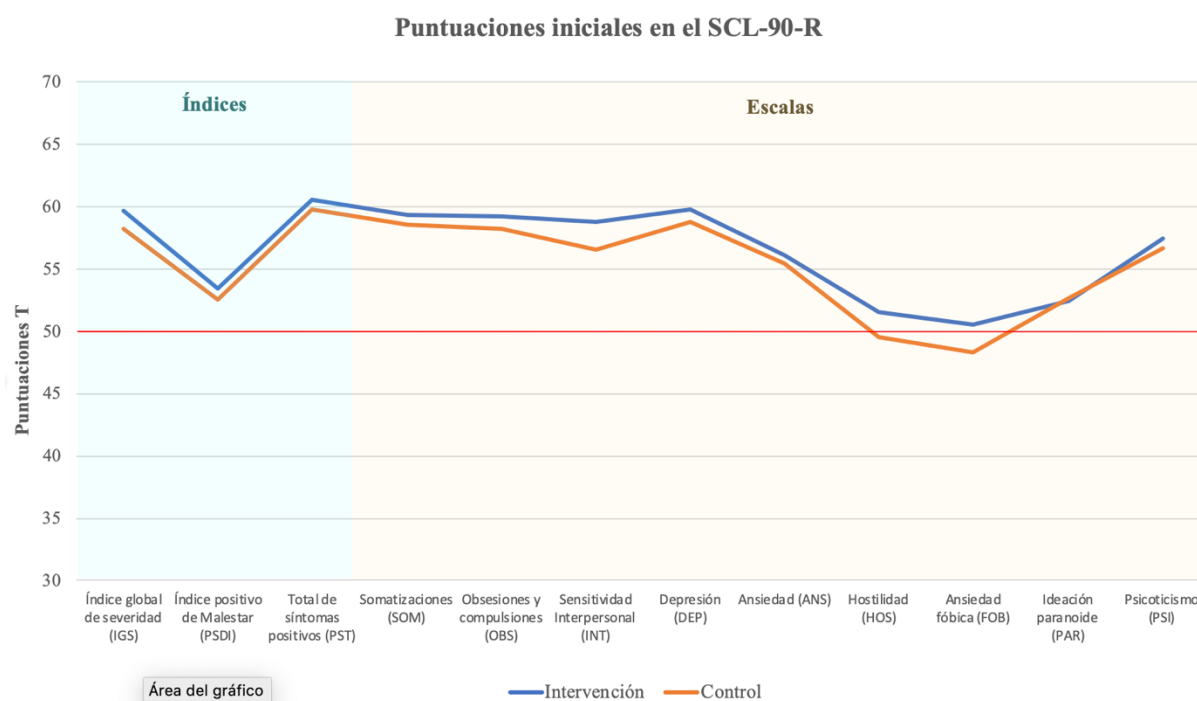


Figura 16. Perfil de puntuaciones T en el SCL90-R al inicio del estudio en los grupos de intervención y control.

Finalmente, podemos observar que las puntuaciones iniciales en el SCL90-R se distribuyeron de forma homogénea en los grupos de intervención y control, pues como se puede ver en la Tabla 12, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las escalas ni índices del cuestionario.

Tabla 11. Puntuaciones iniciales en el SCL90-R y su diferenciación respecto de los valores normativos del cuestionario

			Media (DE)	p	Efecto medio absoluto	95% Intervalo confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Intervención (n=57)	Índices	Índice global de severidad (IGS)	59,7 (11,3) ²	0,000**	9,7	6,7	12,6
		Índice positivo de Malestar (PSDI)	53,4 (9,5) ²	0,009**	3,4	0,9	5,9
		Total de síntomas positivos (PST)	60,6 (11,4) ²	0,000**	10,6	7,5	13,6
	Escalas	Somatizaciones (SOM)	59,3 (9,0) ²	0,000**	9,3	6,9	11,7
		Obsesiones y compulsiones (OBS)	59,2 (11,4) ²	0,000**	9,2	6,2	12,2
		Sensibilidad Interpersonal (INT)	58,8 (12,4) ²	0,000**	8,8	5,5	12,1
		Depresión (DEP)	59,8 (11,1) ²	0,000**	9,8	6,4	12,3
		Ansiedad (ANS)	56,1 (11,2) ²	0,000**	6,1	3,1	9,1
		Hostilidad (HOS)	51,5 (13,5) ²	0,391	1,5	-2,0	5,1
		Ansiedad fóbica (FOB)	50,5 (13,4) ²	0,784	0,5	-3,1	4,1
		Ideación paranoide (PAR)	52,4 (13,9) ²	0,187	2,4	-1,2	6,1
		Psicoticismo (PSI)	57,4 (12,5) ²	0,000**	7,4	4,1	10,7
Control (n=61)	Índices	Índice global de severidad (IGS)	58,2 (11,4) ²	0,000**	8,2	5,4	11,1
		Índice positivo de Malestar (PSDI)	52,5 (10,7) ²	0,072	2,5	-0,2	5,2
		Total de síntomas positivos (PST)	59,8 (10,7) ²	0,000**	9,8	7,1	12,6
	Escalas	Somatizaciones (SOM)	58,5 (10,2) ²	0,000**	8,5	5,9	11,1
		Obsesiones y compulsiones (OBS)	58,2 (10,6) ²	0,000**	8,2	5,4	10,9
		Sensibilidad Interpersonal (INT)	56,6 (13,4) ²	0,000**	6,6	3,1	10,0
		Depresión (DEP)	58,8 (10,4) ²	0,000**	8,8	6,1	11,5
		Ansiedad (ANS)	55,4 (10,2) ²	0,000**	5,4	2,8	8,0
		Hostilidad (HOS)	49,5 (13,1) ²	0,778	-0,5	-3,8	2,9
		Ansiedad fóbica (FOB)	48,3 (12,4) ²	0,295	-1,7	-4,8	1,5
		Ideación paranoide (PAR)	52,6 (14,1) ²	0,163	2,6	-1,1	6,2
		Psicoticismo (PSI)	56,7 (13,1) ²	0,000**	6,7	3,4	10,0

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Los 3 índices del cuestionario se encontraron significativamente por encima de los valores normativos del cuestionario, sin haber diferencias significativas entre las puntuaciones del grupo de intervención y el grupo control. En el “Índice global de severidad” (IGS) el grupo de intervención tuvo una puntuación de 59,7 (DE 11,3) y el grupo control de 58,2 (DE 11,4), no habiendo diferencias entre ambas ($p=0,486$). En el “Índice positivo de Malestar” (PSDI) tampoco hubo diferencias entre los grupos ($p=0,639$), presentando el grupo de intervención una puntuación de 53,4 (DE 9,5) y el grupo control una puntuación de 52,5 (DE 10,7). En este caso, la puntuación del Índice PSDI en el grupo control no podía considerarse que defiriera de la

media normativa. En el índice “*Total de síntomas positivos*” (PST), el grupo de intervención tuvo una puntuación de 60,1 (DE 11,4) y el grupo control de 59,8 (DE 10,7), no evidenciándose diferencias significativas entre los grupos de estudio ($p=0,710$).

Tabla 12. Comparación de las puntuaciones iniciales del SCL90-R entre el grupo de intervención y el grupo control.

	Intervención (N=57)	Control (N=61)	p
Índices			
Índice global de severidad (IGS)	59,7 (11,3) ²	58,2 (11,4) ²	0,486
Índice positivo de Malestar (PSDI)	53,4 (9,5) ²	52,5 (10,7) ²	0,639
Total de síntomas positivos (PST)	60,6 (11,4) ²	59,8 (10,7) ²	0,710
Escalas			
Somatizaciones (SOM)	59,3 (9,0) ²	58,5 (10,2) ²	0,678
Obsesiones y compulsiones (OBS)	59,2 (11,4) ²	58,2 (10,6) ²	0,612
Sensibilidad Interpersonal (INT)	58,8 (12,4) ²	56,6 (13,4) ²	0,352
Depresión (DEP)	59,8 (11,1) ²	58,8 (10,4) ²	0,777
Ansiedad (ANS)	56,1 (11,2) ²	55,4 (10,2) ²	0,725
Hostilidad (HOS)	51,5 (13,5) ²	49,5 (13,1) ²	0,411
Ansiedad fóbica (FOB)	50,5 (13,4) ²	48,3 (12,4) ²	0,365
Ideación paranoide (PAR)	52,4 (13,9) ²	52,6 (14,1) ²	0,969
Psicoticismo (PSI)	57,4 (12,5) ²	56,7 (13,1) ²	0,762

² Media y desviación estándar.

Puntuaciones T

Son numerosas las escalas del SCL90-R que se encuentran significativamente alteradas en nuestra muestra, haciéndolo de forma semejante en el grupo de intervención que en grupo control. Pasamos a describir las puntuaciones de las escalas alteradas, pudiéndose conocer las puntuaciones del resto de las escalas en la Tabla 11, así como la comparación entre grupo de intervención y grupo control en la Tabla 12.

En la escala “*Somatizaciones*” (SOM) los pacientes del grupo de intervención tuvieron una puntuación de 59,3 (DE 9,0) y los del grupo control de 58,5 (DE 10,2), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,678$). En la escala OBS “*Obsesiones y compulsiones*” el grupo de intervención puntuó 59,2 (DE 11,4) y el grupo control puntuó 58,2 (DE 10,6), sin diferencias entre ambos ($p=0,612$). En la escala INT “*Sensibilidad interpersonal*” el grupo de intervención tuvo una puntuación de 58,8 (DE 12,4) y el grupo control de 56,6 (0,352), sin diferencias entre ambas puntuaciones ($p=0,352$). En la escala DEP “*Depresión*” las puntuaciones fueron de 59,8 (DE 11,1) en el grupo de intervención y de 58,8 (DE 10,4) en el grupo control, con una significación de la diferencia de 0,777. En la escala ANS “*Ansiedad*” el grupo de intervención tuvo una puntuación de 56,1 (DE 11,2) y el grupo control una puntuación de 55,4 (DE 10,2), sin diferencias estadísticamente significativas

entre los grupos ($p=0,725$). Finalmente, en la escala PSI “Psicoticismo” el grupo de intervención puntuó 57,4 (DE 12,5) y el grupo control puntuó 56,7 (DE 13,1), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas puntuaciones ($p=0,762$).

4.2.5 Estado motivacional al inicio del estudio.

Se presentan los datos descriptivos de la escala R-URICA para la valoración de la motivación al cambio. En este caso, no contamos con valores normativos para muestra española, por tanto, nos limitaremos a describir los valores descriptivos y comparar los grupos de asignación, que se pueden encontrar en la Tabla 13. En la escala “Acción” el grupo de intervención puntúa 22,3 (DE 3,3) y el grupo control 23,2 (DE 3,4), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,072$). En la escala “Búsqueda de tratamiento” el grupo de intervención obtiene una puntuación de 8,6 (DE 1,1) y el grupo control de 8,4 (DE 1,6), no siendo significativas las diferencias entre los grupos ($p=0,430$). Y, por último, en el caso de la escala de “Ambivalencia” el grupo de intervención tiene una puntuación de 8,2 (3,3) y el grupo control de 8,0 (DE 3,5), no habiendo tampoco diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (0,716).

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de los estadios de cambio según el cuestionario R-URICA.

	<i>Intervención (n=57)</i>	<i>Control (n=61)</i>	<i>p</i>
<i>Acción</i>	22,2 (3,3)	23,2 (3,4)	0,072
<i>Búsqueda tratamiento</i>	8,6 (1,1)	8,4 (1,6)	0,430
<i>Ambivalencia</i>	8,2 (3,3)	8,0 (3,5)	0,716

Media y desviación estándar.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4.2.6 Adherencia a la Dieta Mediterránea

En relación con la alimentación, se administra un instrumento de cribado rápido para valorar si la persona sigue la Dieta Mediterránea, el KIDMED. En la Tabla 14 se presentan los resultados iniciales. En la puntuación total del test, el grupo de intervención obtiene 10,3 (DE 2,4) y el grupo control 9,9 (DE 2,2), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,374$). En el grupo de intervención sólo 1 sujeto (1,8%) es clasificado en la categoría de baja adherencia a la dieta mediterránea, 5 sujeto (8,5%) se coloca en adherencia media y 51 (89,5) en la categoría de alta adherencia a la Dieta Mediterránea o dieta mediterránea óptima. En el grupo control, 10 individuos (16,4%) tienen una adherencia media

y 51 (83,6%) una adherencia alta, no habiendo ningún sujeto ubicado en la categoría de baja adherencia. No hubo diferencias en las proporciones entre los grupos de estudio ($p=0,229$).

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de la evaluación inicial de la adherencia a la Dieta Mediterránea a través del test KIDMED.

	Intervención (N=57)	Control (N=61)	p
Puntuación Total	10,3 (2,4) ²	9,9 (2,2) ²	0,374
Grado de Adherencia			0,229
Bajo	1 (1,8) ¹	0 (0,0)	
Medio	5 (8,5) ¹	10 (16,4) ¹	
Alto	51 (89,5) ¹	51 (83,6) ¹	
	¹ Número de casos (%)	[*] $p < 0,05$; ^{**} $p < 0,01$	
	² Media y desviación estándar.		

4.2.7 Descriptivos de la escala de Calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó con el cuestionario SF36, versión 2. En la Tabla 15 se presentan las puntuaciones iniciales en el cuestionario en puntuaciones típicas T, de media 50 y desviación estándar 10. Cada puntuación se compara con los valores normativos del cuestionario encontrando que todas las escalas del cuestionario se encuentran significativamente por debajo de la media y por tanto alteradas. La representación gráfica de estas puntuaciones la podemos encontrar en la Figura 17.

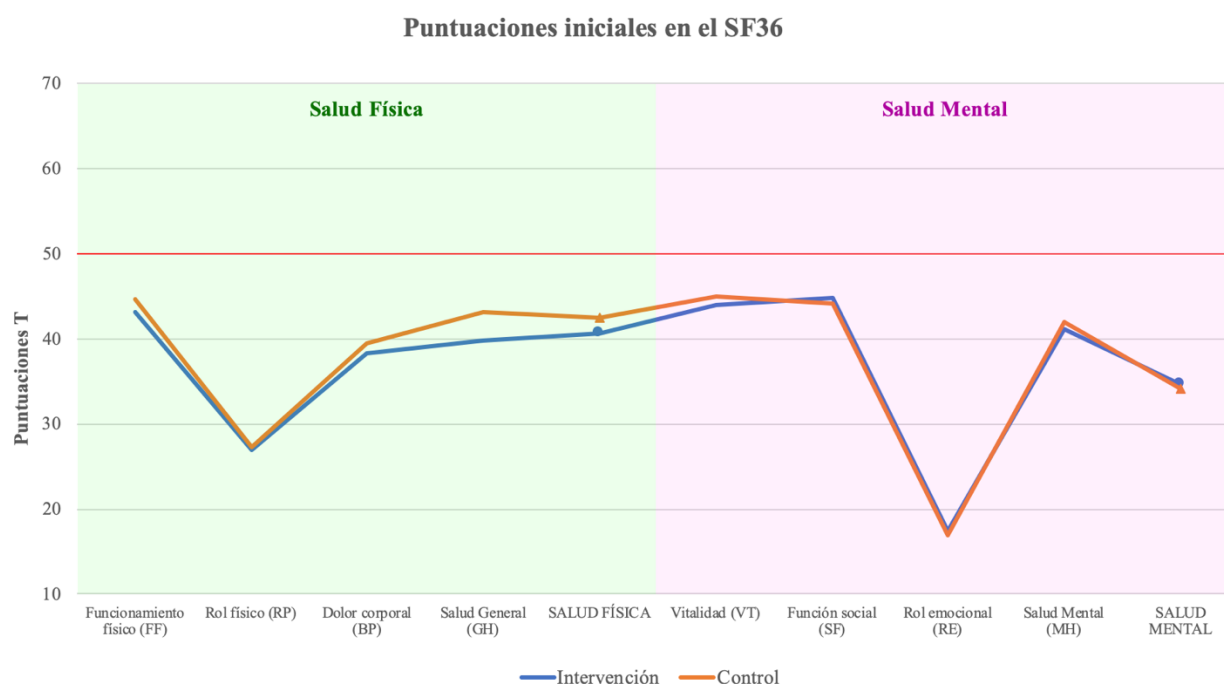


Figura 17. Puntuaciones iniciales en el test SF36

Asimismo, en la Tabla 16 podemos observar cómo no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en ninguna de las escalas evaluadas con el SF36. Respecto de la Salud Física, en la Escala FF “Función Física” el grupo de intervención obtiene una puntuación de 43,2 (DE 9,7) y el grupo control de 44,7 (DE 9,7), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,413$). En la escala RP “Rol Físico”, el grupo de intervención puntúa 26,9 (DE 3,9) y el grupo control 27,2 (DE 3,9), no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,663$). En la escala BP “Dolor corporal” el grupo de intervención tiene una puntuación de 38,3 (DE 9,3) y el grupo control de 39,5 (DE 11,2), sin diferencias entre los grupos ($p=0,548$). En la escala GH “Salud General” el grupo de intervención puntúa 39,8 (DE 8,8) y el grupo control 43,2 (9,7), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,052$). Finalmente, en el Índice Resumen de Salud Física, el grupo de intervención obtiene una puntuación de 40,7 (DE 8,2) y el grupo control de 42,5 (DE 9,1), sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (0,263).

Tabla 15. Puntuaciones iniciales en el SF36 y su diferenciación respecto de los valores normativos del cuestionario

		Media (DE)	p	Efecto medio absoluto	95% Intervalo confianza para la diferencia		
					Inferior	Superior	
Intervención (n=57)	Salud Física	Función físico (FF)	43,2 (9,7)	0,000**	-6,8	-9,37	-4,20
		Rol físico (RP)	26,9 (3,9)	0,000**	-23,1	-24,14	-22,04
		Dolor corporal (BP)	38,3 (9,3)	0,000**	-11,7	-14,26	-9,14
		Salud General (GH)	39,8 (8,8)	0,000**	-10,2	-12,48	-7,80
		Resumen Salud Física	40,7 (8,2)	0,000**	-9,3	-11,49	-7,11
	Salud Mental	Vitalidad (VT)	44,0 (8,6)	0,000**	-6,0	-8,27	-3,70
		Función social (SF)	44,8 (10,8)	0,001**	-5,2	-8,06	-2,32
		Rol emocional (RE)	17,4 (4,7)	0,000**	-32,6	-33,82	-31,3
		Salud Mental (MH)	41,1 (9,9)	0,000**	-8,9	-11,49	-6,23
		Resumen Salud Mental	34,6 (8,7)	0,000**	-15,42	-17,72	-13,12
Control (n=61)	Salud Física	Función físico (FF)	44,7 (9,7)	0,000**	-5,3	-7,81	-2,81
		Rol físico (RP)	27,2 (3,9)	0,000**	-22,8	-23,77	-21,77
		Dolor corporal (BP)	39,5 (11,2)	0,000**	-10,5	-13,41	-7,67
		Salud General (GH)	43,2 (9,7)	0,000**	-6,8	-9,27	-4,31
		Resumen Salud Física	42,5 (9,1)	0,000**	-7,5	-9,83	-5,16
	Salud Mental	Vitalidad (VT)	44,9 (8,7)	0,000**	-5,1	-7,35	-2,87
		Función social (SF)	44,1 (11,9)	0,000**	-5,9	-8,91	-2,82
		Rol emocional (RE)	17,0 (4,9)	0,000**	-32,9	-34,20	-31,70
		Salud Mental (MH)	42,0 (9,1)	0,000**	-8,0	-10,35	-5,69
		Resumen Salud Mental	34,2 (8,0)	0,000**	-15,8	-17,80	-13,68
		* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$					

Respecto de la Salud Mental, en la Escala VT “Vitalidad” el grupo de intervención obtiene una puntuación de 44,0 (DE 8,76) y el grupo control de 44,9 (DE 8,7), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,588$). En la escala SF “Función Social”, el grupo de intervención puntúa 44,8 (DE 10,8) y el grupo control 44,1 (DE 11,9), no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,748$). En la escala RE “Rol emocional” el grupo de intervención tiene una puntuación de 17,4 (DE 4,7) y el grupo control de 17,0 (DE 4,9), sin diferencias entre los grupos ($p=0,661$). En la escala MH “Salud Mental” el grupo de intervención puntúa 41,1 (DE 9,9) y el grupo control 42,0 (9,1), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,631$). Finalmente, en el Índice Resumen de Salud Mental, el grupo de intervención obtiene una puntuación de 34,6 (DE 8,7) y el grupo control de 34,2 (DE 8,0), sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (0,837).

Tabla 16. Comparación de las puntuaciones iniciales del SF36 entre el grupo de intervención y el grupo control.

	<i>Intervención (N=57)</i>	<i>Control (N=61)</i>	<i>p</i>
Salud Física			
<i>Funcionamiento físico (FF)</i>	43,2 (9,7)	44,7 (9,7)	0,413
<i>Rol físico (RP)</i>	26,9 (3,9)	27,2 (3,9)	0,663
<i>Dolor corporal (BP)</i>	38,3 (9,3)	39,5 (11,2)	0,548
<i>Salud General (GH)</i>	39,8 (8,8)	43,2 (9,7)	0,052
<i>Resumen Salud Física</i>	40,7 (8,2)	42,5 (9,1)	0,263
Salud Mental			
<i>Vitalidad (VT)</i>	44,0 (8,6)	44,9 (8,7)	0,588
<i>Función social (SF)</i>	44,8 (10,8)	44,1 (11,9)	0,748
<i>Rol emocional (RE)</i>	17,4 (4,7)	17,0 (4,9)	0,661
<i>Salud Mental (MH)</i>	41,1 (9,9)	42,0 (9,1)	0,631
<i>Resumen Salud Mental</i>	34,6 (8,7)	34,2 (8,0)	0,837

² Media y desviación estándar.

4.2.8 Datos de seguimiento de la intervención multidisciplinar.

Por último, en la Tabla 17 se presentan los datos de seguimiento al Programa de Atención Integral al paciente con obesidad del HUIL. Podemos observar que la asistencia a todos los profesionales es similar en ambos grupos de estudio, siendo un poco menor en ITT que en protocolo. Se describen los datos en protocolo.

A consulta con endocrino el grupo de intervención acudió 1,6 veces (DE 1,1) y el grupo control acudió 1,4 veces (DE 1,2). A seguimiento con nutricionista, los sujetos del grupo de

intervención acudieron a una media de 3,3 citas (DE 2,8) y el grupo control a 2,8 (DE 2,8). En relación con la consulta de psiquiatría, el grupo de intervención acudió a una media de 3,3 citas (DE 1,8) y el grupo control a 3,1 (DE 2,7). Ambos grupos acudieron por igual a consulta individual con psicólogo, en concreto, a 3,7 citas (DE intervención 2,6; DE control 2,2). A los grupos psicoeducativos el grupo de intervención acudió en 1 ocasión (1,9), y el grupo control 1,1 veces (DE 1,9). Finalmente, respecto a la asistencia al grupo de terapia, se acudió a una media de 18,1 sesiones (DE 2) de las 21 planteadas.

Tabla 17. Datos de seguimiento al programa asistencial estándar.

	<i>Intervención (N=38)</i>	<i>Control (N=43)</i>	<i>p</i>	
<i>Protocolo</i>	Citas endocrino	1,6 (1,1) ²	1,4 (1,2) ²	0,593
	Ninguna cita con endocrino	7 (18,4) ¹	11 (25,6) ¹	
	Citas nutrición	3,3 (2,8) ²	2,8 (2,8) ²	0,498
	Ninguna cita con nutrición	10 (26,3) ¹	15 (34,9) ¹	
	Citas psiquiatría	3,3 (1,8) ²	3,1 (2,7) ²	0,881
	Ninguna cita con psiquiatría	5 (13,2) ¹	11 (25,6) ¹	
	Citas psicología clínica	3,7 (2,6) ²	3,7 (2,2) ²	0,906
	Ninguna cita con psicología clínica	6 (15,8) ¹	1 (2,3) ¹	
	Grupos psicoeducativos	1,0 (1,9) ²	1,1 (1,9) ²	0,924
	Ningún grupo psicoeducativo	24 (63,2) ¹	29 (67,4) ¹	
	Grupos de terapia intensiva	18,1 (2,0) ²	---	
<i>ITT</i>	<i>Intervención (N=57)</i>	<i>Control (N=61)</i>	<i>p</i>	
	Citas endocrino	1,3 (1,0) ²	1,3 (1,2) ²	0,852
	Ninguna cita con endocrino	14 (24,6) ¹	19 (31,1) ¹	
	Citas nutrición	2,7 (2,6) ²	2,5 (2,6) ²	0,686
	Ninguna cita con nutrición	18 (31,6) ¹	21 (11,5) ¹	
	Citas psiquiatría	2,8 (2,0) ²	2,7 (2,5) ²	0,867
	Ninguna cita con psiquiatría	10 (17,5) ¹	15 (24,6) ¹	
	Citas psicología clínica	3,3 (2,5) ²	3,4 (2,2) ²	0,853
	Ninguna cita con psicología clínica	8 (14,) ¹	2 (3,3) ¹	
	Grupos psicoeducativos	0 8 (1,6) ²	0,9 (1,7) ²	0,751
	Ningún grupo psicoeducativo	40 (70,2) ¹	43 (70,5) ¹	
	Grupos de terapia intensiva	15,5 (5,5) ²	---	

4.3 Análisis del cambio en variables de resultado.

4.3.1 Variable primaria: diferencia de peso de los seguimientos respecto de la evaluación inicial.

Dada la asimetría de los grupos de estudio en las variables creadas de diferencia del peso inicial con respecto a los seguimientos a los 6 y 12 meses, los datos se presentan en medianas, con su correspondiente RIC. Primero se valoró si los cambios de peso eran

significativos en cada grupo de estudio, como se puede ver en la Tabla 18. En el caso del grupo de intervención las puntuaciones cambiaron significativamente en todas las variables relacionadas con el peso, tanto a los 6 como a los 12 meses, tanto en ITT como en Protocolo. En el grupo control, por otra parte, no hubo modificación significativa de las variables relacionadas con el peso, ni a los 6 ni a los 12 meses, ni en ITT ni en Protocolo. En la podemos ver una representación gráfica en un diagrama de cajas y bigotes de cómo se distribuyen entre los grupos de estudio las variables “diferencia entre el peso inicial y el peso a los 6 meses” y “diferencia entre el peso inicial y el peso a los 12 meses” en Protocolo. Habiéndose señalado el “no cambio” con una línea roja.

Tabla 18. Efectos absolutos intragrupo en peso e IMC a los 6 y 12 meses.

		Intervención			Control		
		<i>n</i>	<i>Mediana (P₂₅-P₇₅)</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>Mediana (P₂₅-P₇₅)</i>	<i>p</i>
<i>ITT</i>	<i>Dif. peso 0-6 m</i>	57	-1,6 (-5,1; 0,1)	0,000**	61	0,0 (-3,1; 1,8)	0,431
	<i>Dif. peso 0-12 m</i>	57	-1,4 (-6,4; 2,2)	0,036*	61	0,0 (-3,7; 3,7)	0,624
	<i>Dif. IMC 0-6 m</i>	57	-0,5 (-2,0; 0,0)	0,000**	61	0,0 (-1,1; 0,6)	0,479
	<i>Dif. IMC 0-12 m</i>	57	-0,5 (-2,3; 0,8)	0,030*	61	0,0 (-1,4; 1,4)	0,577
<i>Protocolo</i>	<i>Dif. peso 0-6 m</i>	38	-2,0 (-5,8; 0,1)	0,000**	43	0,0 (-4,5; 1,9)	0,540
	<i>Dif. peso 0-12 m</i>	38	-2,8 (-6,8; 0,9)	0,008**	34	-0,4 (-4,1; 3,9)	0,852
	<i>Dif. IMC 0-6 m</i>	38	-0,8 (-2,1; 0,0)	0,000**	43	0,0 (-1,6; 0,7)	0,613
	<i>Dif. IMC 0-12 m</i>	38	-1,1 (-2,5; 0,3)	0,007**	43	-0,1 (-1,6; 1,4)	0,793
		* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ ITT: Intención de tratamiento					

Por otra parte, en la Tabla 19, podemos observar en cuáles de estas variables hay diferencias significativas entre los grupos de intervención y control, encontrando que todas las variables en las que difieren significativamente, que no son todas, se refleja una mayor pérdida ponderal en el grupo de intervención.

En ITT encontramos que el grupo de intervención pierde 1,6 kg (P₂₅-P₇₅ -5,1; 0,1) a los 6 meses de tratamiento y 1,4 kg (P₂₅-P₇₅ -6,4; 2,2) a los 12 meses. En el grupo control, no se encuentra ni pérdida ni subida ponderal ni a los 6 meses (P₂₅-P₇₅ -3,1;1,8), ni a los 12 meses (P₂₅-P₇₅ -3,7; 3,7). En el caso de los 6 meses las diferencias entre grupo de intervención y grupo control son estadísticamente significativas ($p=0,042$), mientras no lo son a los 12 meses (0,354).

En Protocolo encontramos que el grupo de intervención pierde 2,0 kg (P₂₅-P₇₅ -5,8; 0,1) a los 6 meses de tratamiento y 2,8 kg (P₂₅-P₇₅ -6,8; 0,9) a los 12 meses. En el grupo control, no se encuentra ni pérdida ni subida ponderal ni a los 6 meses (P₂₅-P₇₅ -4,5;1,9), y a los 12 meses

se registra una pérdida de 0,4kg (P_{25} - P_{75} -4,1; 3,9). Tanto a los 6 meses ($p=0,019$) como a los 12 meses (0,005) las diferencias entre los grupos de estudio son estadísticamente significativas reflejando una mayor pérdida ponderal en el grupo de intervención.

Tabla 19. Diferencias entre grupos entre los efectos absolutos de peso e IMC a los 6 y 12 meses en ITT y Protocolo.

		Intervención		Control		Efecto mediano absoluto	p
		n	Mediana (P_{25} - P_{75})	n	Mediana (P_{25} - P_{75})		
ITT	Dif. peso 0-6 m	57	-1,6 (-5,1; 0,1)	61	0,0 (-3,1; 1,8)	-1,6	0,042*
	Dif. peso 0-12 m	57	-1,4 (-6,4; 2,2)	61	0,0 (-3,7; 3,7)	-1,4	0,354
	Dif. IMC 0-6 m	57	-0,5 (-2,0; 0,0)	61	0,0 (-1,1; 0,6)	-0,5	0,026*
	Dif. IMC 0-12 m	57	-0,5 (-2,3; 0,8)	61	0,0 (-1,4; 1,4)	-0,5	0,269
Protocolo	Dif. peso 0-6 m	38	-2,0 (-5,8; 0,1)	43	0,0 (-4,5; 1,9)	-2,0	0,019*
	Dif. peso 0-12 m	38	-2,8 (-6,8; 0,9)	34	-0,4 (-4,1; 3,9)	-2,4	0,005**
	Dif. IMC 0-6 m	38	-0,8 (-2,1; 0,0)	43	0,0 (-1,6; 0,7)	-0,8	0,054
	Dif. IMC 0-12 m	38	-1,1 (-2,5; 0,3)	43	-0,1 (-1,6; 1,4)	-1,0	0,005*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

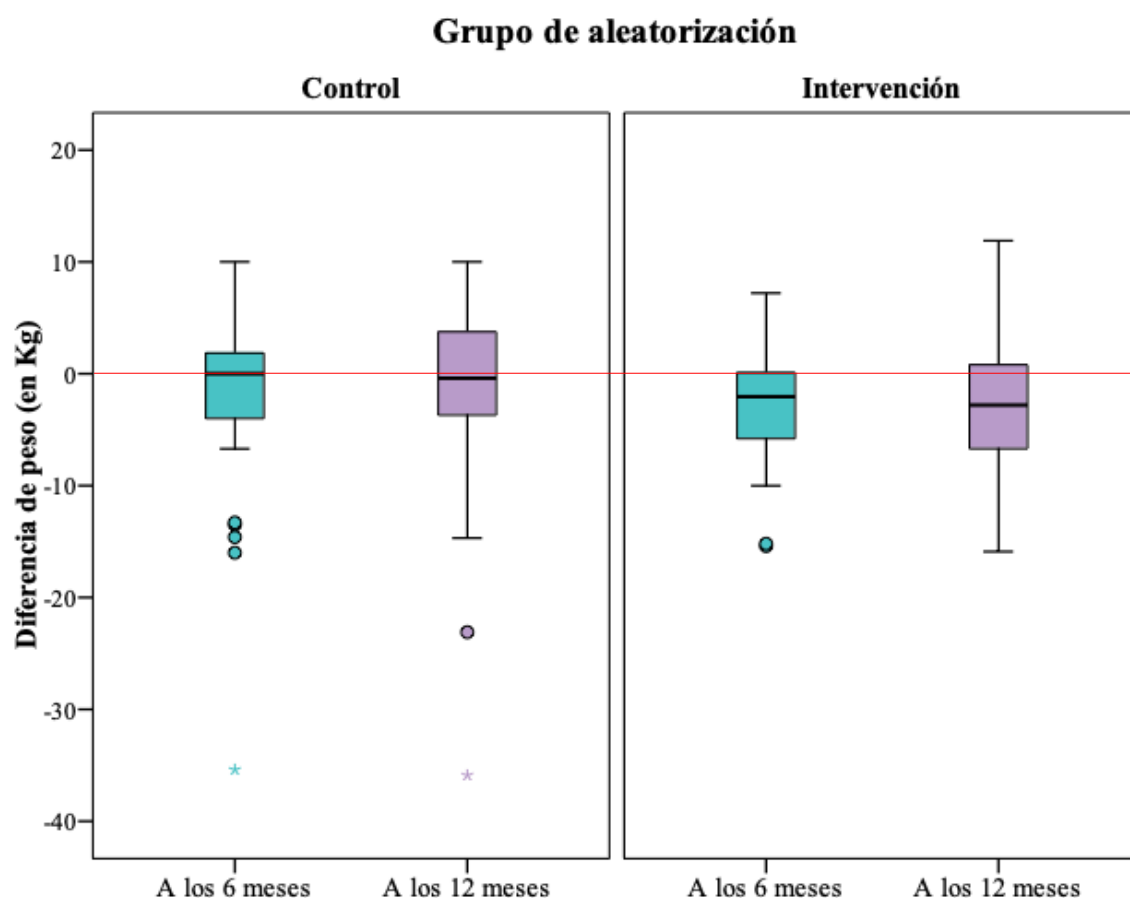


Figura 18. Diferencia de peso a los 6 meses y a los 12 de meses de seguimiento en Protocolo.

4.3.2 Alteración de la conducta alimentaria y variables relacionadas.

La alteración de la conducta alimentaria y variables relacionadas se evaluaron con el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª edición (EDI-3) y, por tanto, lo que se muestra en este apartado son los resultados en este cuestionario. Como en el caso del peso lo que se presentan son diferencias entre los valores de la evaluación inicial y los valores obtenidos a los 6 y 12 meses. Al tratarse de escalas clínicas, una puntuación negativa reflejará que el paciente ha mejorado, mientras que una puntuación positiva mostrará un empeoramiento en la variable en cuestión. Dada la gran cantidad de datos que vamos a presentar, en el texto sólo se describirán los resultados más destacados, significativos y/o importantes, pudiendo consultar el resto de los resultados en las tablas correspondientes.

Tabla 20. Diferencias intragrupo a los 6 y 12 meses en los **índices** del EDI-3 y su significación respecto del "no cambio", es decir, en qué índices han mejorado significativamente los pacientes; en Protocolo

PROTOCOLO			Efecto medio absoluto intragrupo	p	95% Intervalo confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Intervención (n=38)	Riesgo de TCA (EDRC)	Dif. 0-6 meses	-4,7 (8,9)	0,002**	-7,64	-1,78
		Dif. 0-12 meses	-6,7 (6,2)	0,000**	-9,28	-4,09
	Desajuste Psic. Gral (GPMC)	Dif. 0-6 meses	-1,1 (5,5)	0,221	-2,90	0,69
		Dif. 0-12 meses	-2,8 (6,2)	0,009**	-4,80	-0,72
	Ineficacia (IC)	Dif. 0-6 meses	-1,2 (5,0)	0,151	-2,82	0,45
		Dif. 0-12 meses	-1,7 (7,9)	0,206	-4,27	0,95
	Probl. Interpersonales (IPC)	Dif. 0-6 meses	-0,1 (6,8)	0,925	-2,35	2,14
		Dif. 0-12 meses	-1,4 (6,5)	0,202	-3,50	0,76
	Problemas afectivos (APC)	Dif. 0-6 meses	-2,4 (7,7)	0,063	-4,92	0,13
		Dif. 0-12 meses	-3,3 (8,8)	0,024*	-6,22	-0,46
	Exceso de control (OC)	Dif. 0-6 meses	-0,2 (8,3)	0,892	-2,91	2,55
		Dif. 0-12 meses	-2,1 (7,8)	0,111	-4,66	0,50
Control (n=43)	Riesgo de TCA (EDRC)	Dif. 0-6 meses	-1,4 (6,4)	0,136	-3,47	0,49
		Dif. 0-12 meses	-2,1 (6,9)	0,054	-4,22	0,04
	Desajuste Psic. Gral (GPMC)	Dif. 0-6 meses	-2,1 (7,8)	0,087	-4,51	0,32
		Dif. 0-12 meses	-2,0 (7,8)	0,098	-4,44	0,39
	Ineficacia (IC)	Dif. 0-6 meses	-1,6 (8,3)	0,205	-4,18	0,92
		Dif. 0-12 meses	-1,5 (8,9)	0,272	-4,25	1,23
	Probl. Interpersonales (IPC)	Dif. 0-6 meses	-0,4 (7,4)	0,729	-2,69	1,89
		Dif. 0-12 meses	-0,6 (8,3)	0,648	-1,97	3,13
	Problemas afectivos (APC)	Dif. 0-6 meses	-2,6 (9,2)	0,078	-5,41	0,30
		Dif. 0-12 meses	-2,5 (8,1)	0,048*	-5,04	-0,03
	Exceso de control (OC)	Dif. 0-6 meses	-1,3 (10,0)	0,400	-4,39	1,79
		Dif. 0-12 meses	-2,3 (10,1)	0,146	-5,38	0,82

* p < 0,05; ** p < 0,001

En primer lugar, en la Tabla 20, mostramos las diferencias puntuaciones en Protocolo a los 6 y 12 meses en los índices de primer y segundo orden del EDI-3 y se valora si ha tenido lugar un cambio clínico, sin entrar aún en comparar los grupos de intervención y control.

En el grupo de intervención se encuentran mejoras significativas en el Índice EDRC “Riesgo de TCA” tanto a los 6 meses ($p=0,002$) donde se reduce en 4,7 puntos (DE 8,9), como a los 12 meses ($p=0,000$), donde se reduce en 6,7 puntos (DE 6,2). También encontramos mejoras a los 12 meses en los índices GPMC “Desajuste psicológico general” ($p=0,009$) que se ve reducido en 2,8 puntos (DE 6,2) y en el índice APC “Problemas afectivos” ($p=0,024$) que se ve reducido en 3,3 puntos (DE 8,8). En el grupo control sólo encontramos la reducción significativa del índice APC a los 12 meses ($p=0,048$), que se ve reducida en 2,5 puntos (DE 8,1).

A continuación, se presenta la Tabla 21 las diferencias puntuaciones en Protocolo a los 6 y 12 meses en las escalas clínicas del EDI-3 y se valora si ha tenido lugar un cambio clínico. En el caso del grupo de intervención encontramos mejoras clínica y estadísticamente significativas en todas las escalas clínicas del EDI-3 a los 6 y 12 meses excepto en el caso de la Escala DT “Obsesión por la delgadez”, que solo muestra mejora significativa a los 12 meses. En el caso del grupo control pasa lo contrario, sólo aparece significación clínica y estadística en una escala en un momento temporal, en concreto en la escala B “Bulimia” a los 12 meses.

Tabla 21. Diferencias a los 6 y 12 meses en las **escalas clínicas** del EDI-3 y su significación respecto del "no cambio", en Protocolo.

PROTOCOLO			Media (DE)	p	95% Intervalo confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Intervención (n=38)	Obsesión por la delgadez (DT)	Dif. 0-6 meses	-3,3 (10,1)	0,052	-6,60	0,02
		Dif. 0-12 meses	-5,8 (9,6)	0,001**	-8,96	-2,61
	Bulimia (B)	Dif. 0-6 meses	-5,0 (11,7)	0,012*	-8,88	-1,17
		Dif. 0-12 meses	-6,1 (9,7)	0,000**	-9,32	-2,95
	Insatisfacción corporal (BD)	Dif. 0-6 meses	-4,1 (7,9)	0,002**	-6,78	-1,59
		Dif. 0-12 meses	-5,2 (7,7)	0,000**	-7,75	-2,67
Control (n=43)	Obsesión por la delgadez (DT)	Dif. 0-6 meses	-0,2 (5,9)	0,778	-2,08	1,56
		Dif. 0-12 meses	0,6 (7,2)	0,588	-2,84	1,63
	Bulimia (B)	Dif. 0-6 meses	-3,3 (11,8)	0,073	-6,93	0,33
		Dif. 0-12 meses	-4,9 (10,8)	0,005**	-8,20	-1,57
	Insatisfacción corporal (BD)	Dif. 0-6 meses	-0,4 (7,5)	0,716	-2,72	1,89
		Dif. 0-12 meses	0,4 (6,9)	0,710	-1,73	2,52

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Finalmente, en la Tabla 22 se presentan las puntuaciones en las escalas psicológicas del EDI-3, encontrando sólo la mejora del “Desajuste emocional” (ED) a los 12 meses en el grupo de intervención (-2,3; DE 7,0; $p=0,047$). En el resto de las escalas, aunque en la mayoría de ellas se reduce la puntuación, esta reducción no es significativa.

Tabla 22. Efectos absolutos intragrupo en las escalas psicológicas del EDI-3 a los 6 y 12 meses, en Protocolo.

PROTOCOLO			Efecto medio absoluto	<i>p</i>	95% intervalo confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Intervención (n=38)	Baja autoestima (LSE)	Dif. 0-6 meses	-1,5 (5,7)	0,101	-3,42	0,32
		Dif. 0-12 meses	-2,3 (9,1)	0,120	-5,33	0,64
	Alienación personal (PA)	Dif. 0-6 meses	-0,6 (5,5)	0,504	-2,42	1,21
		Dif. 0-12 meses	-0,6 (7,5)	0,609	-3,11	1,85
	Inseguridad interpersonal (II)	Dif. 0-6 meses	-0,3 (8,6)	0,808	-3,17	2,49
		Dif. 0-12 meses	-1,5 (6,4)	0,143	-3,65	0,55
	Desconfianza interpersonal (IA)	Dif. 0-6 meses	0,5 (7,0)	0,661	-1,79	2,79
		Dif. 0-12 meses	-0,8 (8,2)	0,555	-3,48	1,90
	Déficit introceptivos (ID)	Dif. 0-6 meses	-1,9 (8,9)	0,192	-4,85	1,01
		Dif. 0-12 meses	-3,3 (10,3)	0,057	-6,68	0,10
	Desajuste emocional (ED)	Dif. 0-6 meses	-1,8 (6,7)	0,099	-4,05	0,36
		Dif. 0-12 meses	-2,3 (7,0)	0,047*	-4,65	-0,04
	Perfeccionismo (P)	Dif. 0-6 meses	0,5 (7,3)	0,643	-1,85	2,95
		Dif. 0-12 meses	-0,5 (7,0)	0,664	-2,81	1,81
	Ascetismo (A)	Dif. 0-6 meses	-0,6 (11,4)	0,724	-4,40	3,08
		Dif. 0-12 meses	-3,3 (10,7)	0,667	-6,77	0,24
Control (n=43)	Baja autoestima (LSE)	Dif. 0-6 meses	-1,6 (7,9)	0,204	-4,00	0,88
		Dif. 0-12 meses	-0,7 (8,3)	0,597	-3,23	1,88
	Alienación personal (PA)	Dif. 0-6 meses	-1,4 (9,4)	0,319	-4,33	1,44
		Dif. 0-12 meses	-2,2 (9,9)	0,154	-5,22	0,85
	Inseguridad interpersonal (II)	Dif. 0-6 meses	-2,3 (7,7)	0,055	-4,71	0,05
		Dif. 0-12 meses	0,0 (8,9)	0,973	-2,79	2,70
	Desconfianza interpersonal (IA)	Dif. 0-6 meses	1,5 (8,4)	0,240	-1,07	4,13
		Dif. 0-12 meses	1,2 (8,5)	0,365	-1,43	3,80
	Déficit introceptivos (ID)	Dif. 0-6 meses	-3,1 (10,2)	0,052	-6,26	0,02
		Dif. 0-12 meses	-2,4 (8,1)	0,059	-4,93	0,09
	Desajuste emocional (ED)	Dif. 0-6 meses	-1,3 (7,3)	0,236	-3,61	0,91
		Dif. 0-12 meses	-2,0 (8,1)	0,119	-4,48	0,53
	Perfeccionismo (P)	Dif. 0-6 meses	-0,6 (8,0)	0,624	-3,072	1,86
		Dif. 0-12 meses	-2,3 (7,5)	0,052	-4,58	0,02
	Ascetismo (A)	Dif. 0-6 meses	-2,4 (12,8)	0,222	-6,35	1,52
		Dif. 0-12 meses	-2,2 (14,3)	0,307	-6,66	2,15
	Miedo a la madurez (MF)	Dif. 0-6 meses	-2,0 (6,7)	0,055	-4,10	0,05
		Dif. 0-12 meses	-2,0 (8,6)	0,126	-4,69	0,60

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Respecto de las diferencias entre el grupo de intervención y el grupo control, podemos ver la comparación de puntuaciones con su respectiva significación en la Tabla 23 y la Tabla 24. De los índices, sólo aparecen diferencias estadísticamente significativas en el Índice EDRC “Riesgo de TCA” en la diferencia entre la evaluación inicial y la evaluación a los 12 meses ($p=0,007$), donde la puntuación del grupo de intervención (-6,7; DE 6,2) es 4,6 puntos inferior a la del grupo control (-2,1; DE 6,9). En la Figura 19 se puede encontrar una representación gráfica de la distribución de las puntuaciones diferenciales del Índice EDRC a los 6 y 12 meses entre el grupo de intervención y el grupo control, en protocolo.

Tabla 23. Efectos absolutos entregupo en los índices del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) a los 6 y 12 meses, en protocolo.

PROTOCOLO		Intervención (n=38)	Control (n=43)	Efecto medio abosluto	p	95% intervalo confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Índices 2º orden	Riesgo de TCA (EDRC)						
	Dif. 0-6 meses	-4,7 (8,9)	-1,4 (6,4)	-3,3	0,064	-6,63	0,19
	Dif. 0-12 meses	-6,7 (6,2)	-2,1 (6,9)	-4,6	0,007**	-7,95	-1,33
	Desajuste Psic. G^{ral} (GPMC)						
	Dif. 0-6 meses	-1,1 (5,5)	-2,1 (7,8)	1,0	0,509	-2,04	4,02
	Dif. 0-12 meses	-2,8 (6,2)	-2,0 (7,8)	-0,8	0,642	-3,90	2,42
Índices 1º orden	Ineficacia (IC)						
	Dif. 0-6 meses	-1,2 (5,0)	-1,6 (8,3)	0,4	0,768	-2,55	3,43
	Dif. 0-12 meses	-1,7 (7,9)	-1,5 (8,9)	-0,2	0,938	-3,90	3,61
	Prob. Interpersonales (IPC)						
	Dif. 0-6 meses	-0,1 (6,8)	-0,4 (7,4)	0,3	0,856	-2,88	3,46
	Dif. 0-12 meses	-1,4 (6,5)	-0,6 (8,3)	-0,8	0,246	-5,27	1,37
	Problemas afectivos (APC)						
	Dif. 0-6 meses	-2,4 (7,7)	-2,6 (9,2)	0,2	0,932	-3,63	3,96
	Dif. 0-12 meses	-3,3 (8,8)	-2,5 (8,1)	-0,8	0,669	-4,55	2,93
	Exceso de control (OC)						
	Dif. 0-6 meses	-0,2 (8,3)	-1,3 (10,0)	1,1	0,590	-2,99	5,23
	Dif. 0-12 meses	-2,1 (7,8)	-2,3 (10,1)	0,2	0,922	-3,93	4,23

Resultados expresados en medias y desviaciones estándar. ** $p < 0,01$

Dif.: diferencias. Prob.: Problemas. TCA: trastorno conducta alimentaria. Desajuste Psic G^{ral}: Desajuste psicológico general.

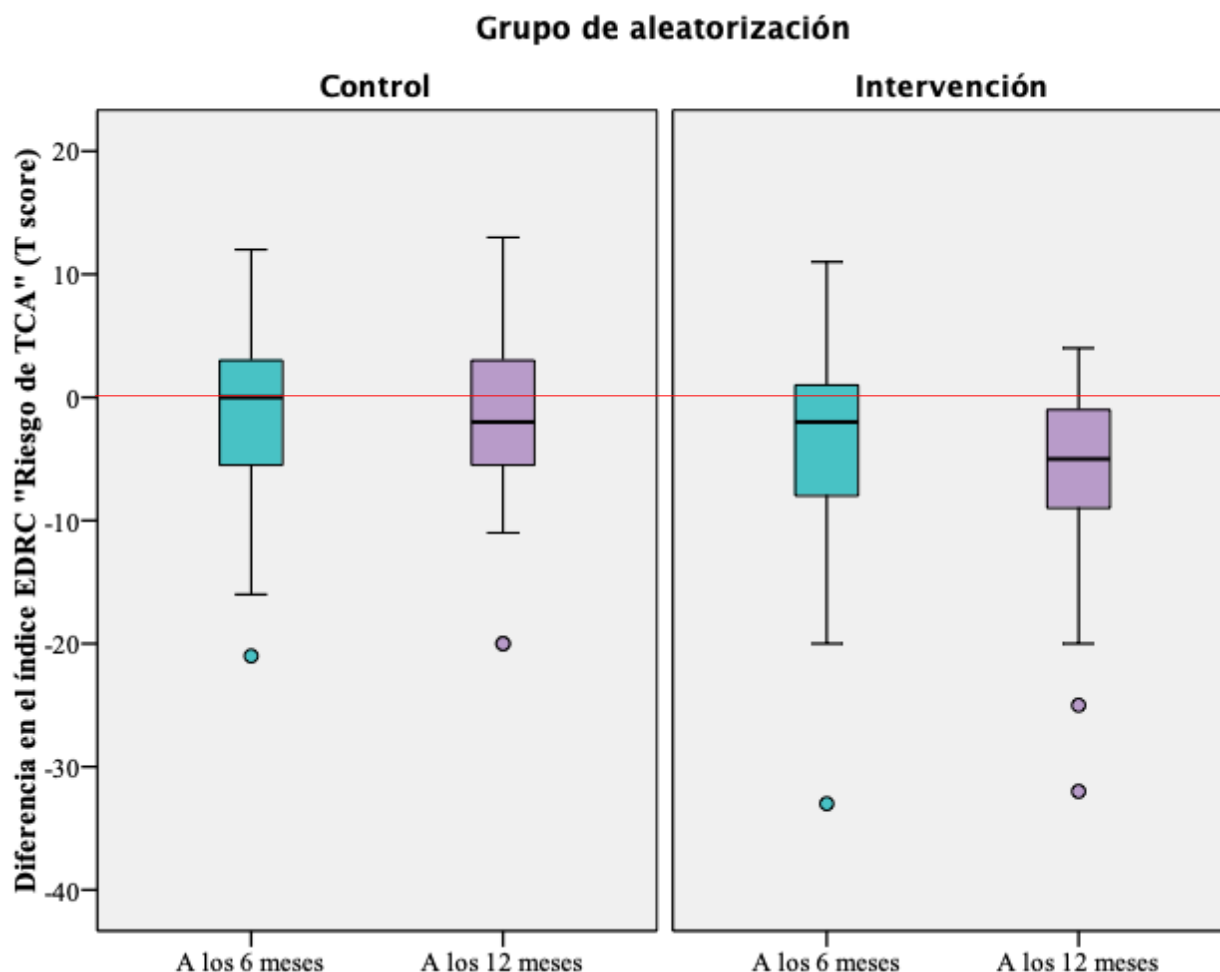


Figura 19. Diferencias en Protocolo entre grupo de intervención y control a los 6 y 12 meses respecto de la puntuación inicial en el índice de 2º orden "Riesgo de TCA" (EDRC) expresado en puntuaciones T

A continuación, se presentan en la Tabla 24 las puntuaciones comparativas entre el grupo de intervención y el grupo control en las escalas, tanto clínicas como psicológicas, del EDI-3. El grupo de intervención mejora en las escalas clínicas más que el grupo control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en el caso de la Escala DT "Obsesión por la delgadez" a los 12 meses (diferencia -6,4 entre grupo intervención y control, $p=0,009$) y en la escala BD "Insatisfacción corporal" tanto a los 6 meses (3,7 puntos menos en grupo de intervención, $p=0,031$) como a los 12 meses (5,6 puntos menos en grupo de intervención, $p=0,001$). El grupo de intervención reduce su puntuación en obsesión por la delgadez en 3,3 puntos (DE 10,1) a los 6 meses y 5,8 puntos (DE 9,6) a los 12 meses; mientras que el grupo control sólo reduce esta puntuación a los 6 meses en 0,2 puntos (DE 5,9) y la aumenta en 0,6 puntos (DE 7,2) a los 12 meses. La escala de bulimia baja en ambos grupos de estudio, en el caso del grupo de intervención se reduce en 5 puntos (DE 11,7) a los 6 meses y en 6,1 puntos

(DE 9,7) a los 12 meses; y en el grupo control se reduce en 3,3 puntos (DE 11,8) a los 6 meses y 4,9 puntos (DE 10,8) a los 12. Finalmente, la escala de insatisfacción corporal se reduce en el grupo de intervención tanto a los 6 meses (-4,1; DE 7,9) como a los 12 (-5,2; DE 7,7); mientras que en el grupo control sólo se reduce a los 6 meses (-0,4; DE 7,5) y se incrementa a los 12 en 0,4 puntos (DE 6,9). La representación gráfica de las diferencias entre grupos en las escalas clínicas a los 12 meses, en protocolo, la podemos encontrar en la Figura 20. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos de estudio en ninguna de las escalas psicológicas del EDI-3 (ver Tabla 24).

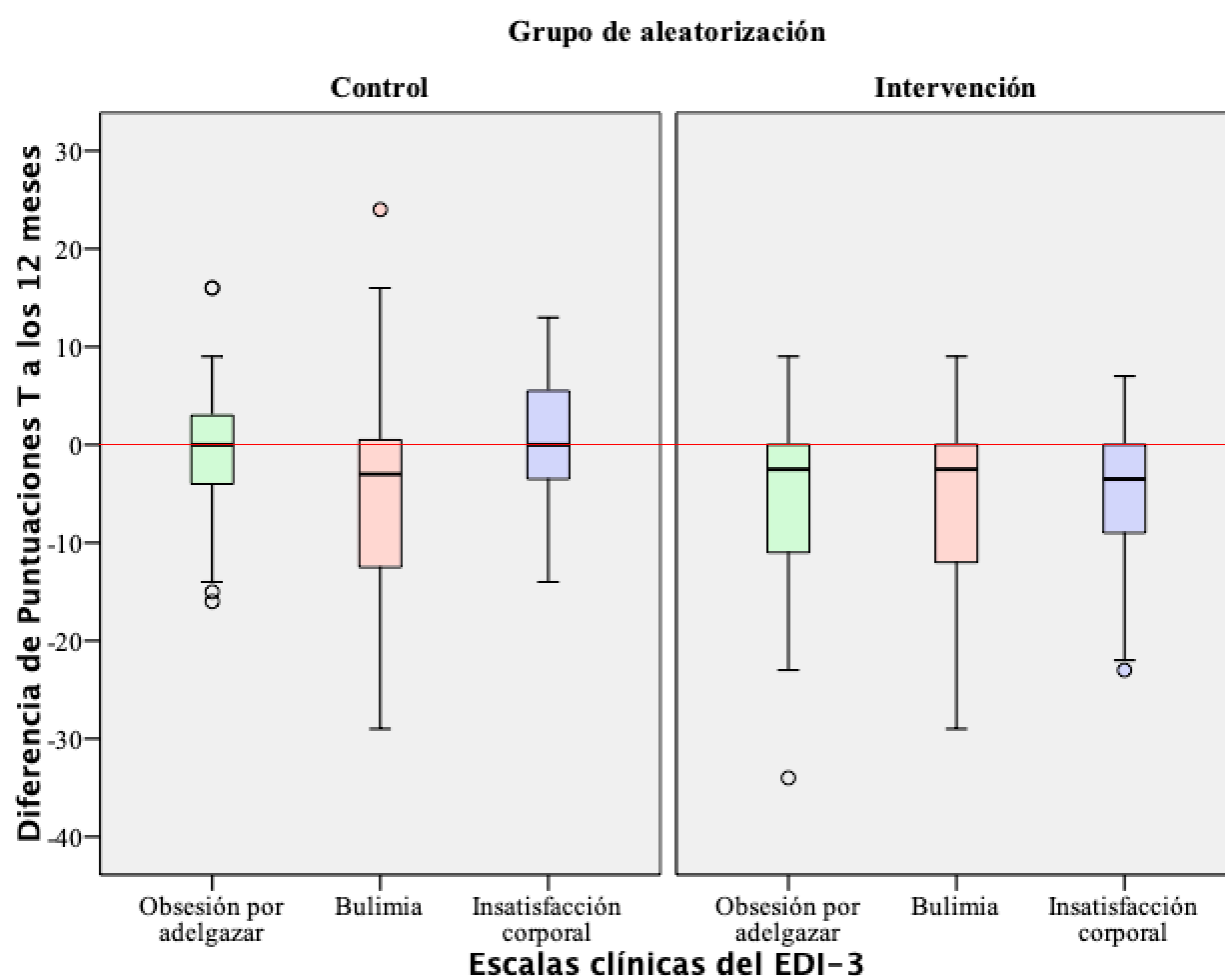


Figura 20. Diferencias al año de estudio en Protocolo de las escalas clínicas del EDI-3 en el grupo de intervención y el grupo control.

Tabla 24. Diferencia a los 6 meses y a los 12 meses en protocolo de las escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).

	<i>PROTOCOLO</i>	<i>Intervención</i>	<i>Control</i>	<i>Diferencia</i>	<i>p</i>	<i>95% intervalo confianza de la diferencia</i>	
		<i>(n=38)</i>	<i>(n=43)</i>			<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
<i>Escalas Clínicas</i>	<i>Obsesión por la delgadez (DT)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-3,3 (10,1)	-0,2 (5,9)	-3,1	0,098	-6,64	0,58
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-5,8 (9,6)	0,6 (7,2)	-6,4	0,009**	-9,01	-1,36
	<i>Bulimia (B)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-5,0 (11,7)	-3,3 (11,8)	-1,7	0,512	-6,93	3,49
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-6,1 (9,7)	-4,9 (10,8)	-1,2	0,587	-5,80	3,31
	<i>Insatisfacción corporal (BD)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-4,1 (7,9)	-0,4 (7,5)	-3,7	0,031*	-7,17	-0,36
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-5,2 (7,7)	0,4 (6,9)	-5,6	0,001**	-8,45	-2,37
<i>Escalas Psicológicas</i>	<i>Baja autoestima (LSE)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-1,5 (5,7)	-1,6 (7,9)	0,1	0,997	-3,08	3,09
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-2,3 (9,1)	-0,7 (8,3)	-1,6	0,390	-5,51	2,17
	<i>Alienación personal (PA)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-0,6 (5,5)	-1,4 (9,4)	0,8	0,632	-2,63	4,30
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-0,6 (7,5)	-2,2 (9,9)	1,6	0,433	-2,36	5,48
	<i>Inseguridad interpersonal (II)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-0,3 (8,6)	-2,3 (7,7)	2,0	0,278	-1,63	5,60
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-1,5 (6,4)	0,0 (8,9)	-1,5	0,391	-4,98	1,97
	<i>Desconfianza interpersonal (IA)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	0,5 (7,0)	1,5 (8,4)	-1,0	0,553	-4,49	2,42
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-0,8 (8,2)	1,2 (8,5)	-2,0	0,291	-5,67	1,72
	<i>Déficit Introceptivos (ID)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-1,9 (8,9)	-3,1 (10,2)	1,2	0,578	-3,07	5,46
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-3,3 (10,3)	-2,4 (8,1)	-0,9	0,673	-4,96	3,22
	<i>Desajuste emocional (ED)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-1,8 (6,7)	-1,3 (7,3)	-0,5	0,755	-3,62	2,64
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-2,3 (7,0)	-2,0 (8,1)	-0,3	0,830	-3,75	3,01
	<i>Perfeccionismo (P)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	0,5 (7,3)	-0,6 (8,0)	1,1	0,501	-2,25	4,56
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-0,5 (7,0)	-2,3 (7,5)	1,8	0,275	-1,44	5,00
	<i>ASCETISMO (A)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-0,6 (11,4)	-2,4 (12,8)	1,8	0,517	-3,62	7,15
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-3,3 (10,7)	-2,2 (14,3)	-1,1	0,723	-6,65	4,64
	<i>MIEDO A LA MADUREZ (MF)</i>						
	<i>Dif. 0-6 meses</i>	-0,3 (7,4)	-2,0 (6,7)	1,7	0,274	-1,40	4,87
	<i>Dif. 0-12 meses</i>	-2,2 (7,8)	-2,0 (8,6)	-0,2	0,929	-3,82	3,49

Resultados expresados en medias y desviaciones estándar. ** $p < 0,01$

Dif.: Diferencias. TCA: Trastorno Conducta Alimentaria

Por último, en la Figura 21, se presenta una representación gráfica con las puntuaciones iniciales y a los 12 meses de los pacientes del grupo de intervención y del grupo control, en protocolo, junto con los valores normativos del cuestionario.

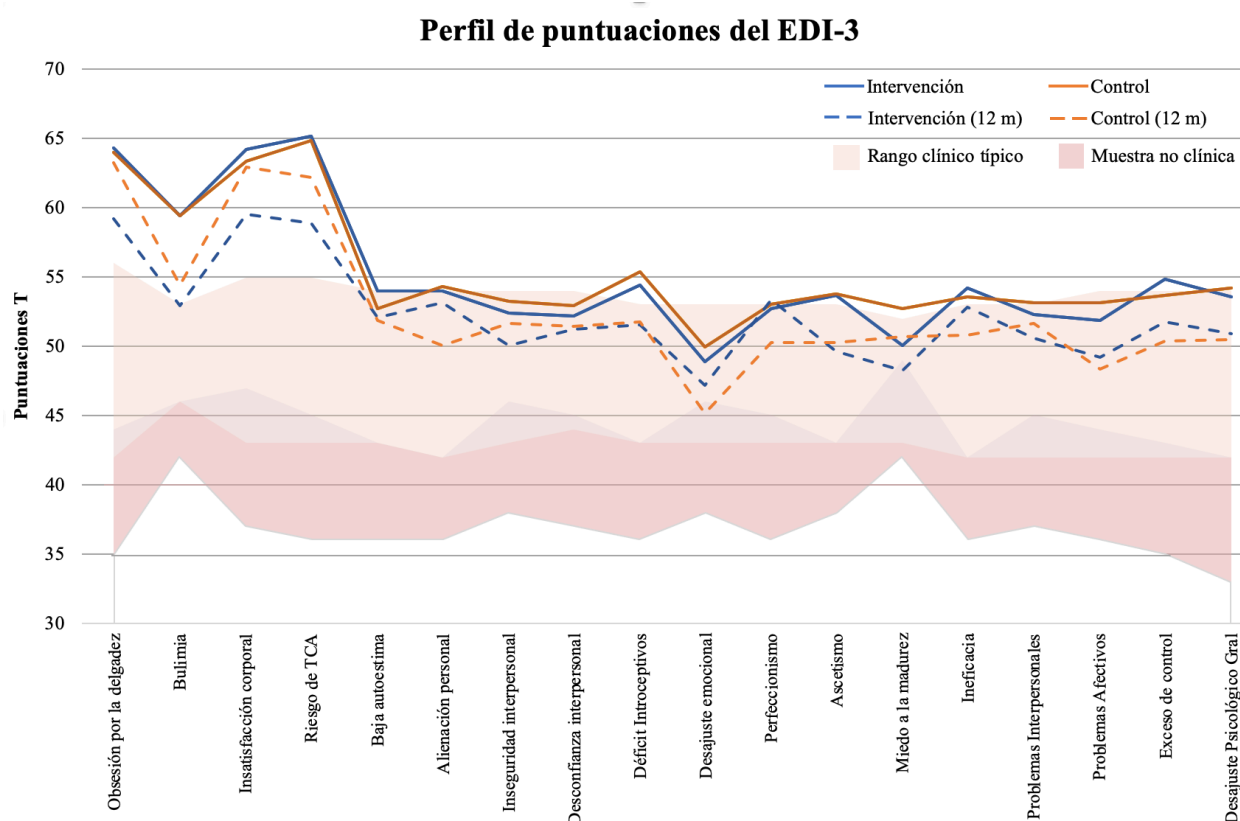


Figura 21. Comparación de las puntuaciones del EDI-3 al inicio y al fin del estudio, en protocolo, y en relación con los valores normativos del cuestionario.

4.3.3 Modificación de la sintomatología psiquiátrica.

La sintomatología psiquiátrica se evaluó con el Cuestionario de 90 síntomas, revisado (SCL-90-R) y, por tanto, lo que se muestra en este apartado son los resultados en este cuestionario. Como en los apartados anteriores lo que se presentan son diferencias entre los valores de la evaluación inicial y los valores obtenidos a los 6 y 12 meses. Al tratarse de escalas clínicas, una puntuación negativa reflejará que el paciente ha mejorado, mientras que una puntuación positiva mostrará un empeoramiento en la variable en cuestión. Dada la gran cantidad de datos que vamos a presentar, en el texto sólo se describirán los resultados más destacados, significativos y/o importantes, pudiendo consultar el resto de los resultados en las tablas y figuras correspondientes.

En primer lugar, en la Tabla 25, mostramos las diferencias puntuaciones en Protocolo a los 6 y 12 meses en los índices del SCL90-R y se valora si ha tenido lugar un cambio clínico; en la Tabla 27 podemos completar la información con la comparación estadística entre los

grupos de intervención y control y en la Figura 22 encontramos un representación gráfica del cambio de los índices a los 12 meses.

Tabla 25. Efectos absolutos intragrupo en los índices del SCL90-R a los 6 y 12 meses, en Protocolo

PROTOCOLO			Efecto medio absoluto	p	95% Intervalo confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Intervención (n=38)	Índice global de severidad (IGS)	Dif. 0-6 meses	-4,0 (9,8)	0,016*	-7,21	-0,79
		Dif. 0-12 meses	-5,4 (10,6)	0,003**	-8,89	-1,95
	Índice positivo de Malestar (PSDI)	Dif. 0-6 meses	-2,5 (8,1)	0,062	-5,19	0,14
		Dif. 0-12 meses	-3,1 (8,1)	0,023*	-5,76	-0,45
	Total de síntomas positivos (PST)	Dif. 0-6 meses	-3,3 (9,8)	0,048*	-6,49	-0,04
		Dif. 0-12 meses	-4,5 (11,3)	0,019*	-8,22	-0,78
Control (n=43)	Índice global de severidad (IGS)	Dif. 0-6 meses	-1,8 (7,3)	0,111	-4,07	0,44
		Dif. 0-12 meses	-1,6 (8,8)	0,252	-4,26	1,15
	Índice positivo de Malestar (PSDI)	Dif. 0-6 meses	-2,3 (8,6)	0,083	-4,97	0,31
		Dif. 0-12 meses	-2,3 (9,8)	0,122	-5,35	0,65
	Total de síntomas positivos (PST)	Dif. 0-6 meses	-1,2 (8,1)	0,336	-3,72	1,30
		Dif. 0-12 meses	-1,3 (9,0)	0,363	-4,01	1,50

* p < 0,05; ** p < 0,001

Respecto de los índices del SCL90-R, podemos observar que todas las puntuaciones se reducen en Protocolo, tanto a los 6 meses como a los 12 meses, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control, aunque no siempre lo hacen de forma significativa. El Índice IGS “Índice global de severidad” se redujo de forma significativa en el grupo de intervención tanto a los 6 meses (4,0 puntos menos; DE 9,8; p=0,016) como a los 12 meses (5,4 puntos menos; DE 10,6; p=0,003), siendo mayor la mejoría a los 12 que a los 6 meses. Mientras que en el grupo control la mejoría del índice IGS no fue significativa ni a los 6 meses (1,8 puntos menos; DE 7,3; p=0,111) ni a los 12 meses (1,6 puntos menos; DE 8,8; p=0,062). En el índice PSDI “Índice positivo de malestar” no encontramos reducción significativa a los 6 meses ni en el grupo de intervención (2,5 puntos menos; DE 8,1; p=0,062) ni en el grupo control (2,3 puntos menos; DE 8,6; p=0,083). A los 12 meses sigue sin reducirse significativamente el índice PSDI en grupo control (2,3 puntos menos; DE 9,8; p=0,122); pero sí se reduce de forma significativa en el grupo de intervención (3,1 puntos menos; DE 8,1; p=0,023). Por último, con el índice PST “Total de síntomas positivos” se sigue el mismo patrón que con el índice IGS, es decir, se redujo de forma significativa en el grupo de intervención tanto a los 6 meses (3,3 puntos menos; DE 9,8; p=0,048) como a los 12 meses (4,5 puntos

menos; DE 11,3; $p=0,019$), siendo mayor la mejoría a los 12 que a los 6 meses. Mientras que en el grupo control la mejoría del índice PST no fue significativa ni a los 6 meses (1,2 puntos menos; DE 8,1; $p=0,336$) ni a los 12 meses (1,3 puntos menos; DE 9,0; $p=0,363$).

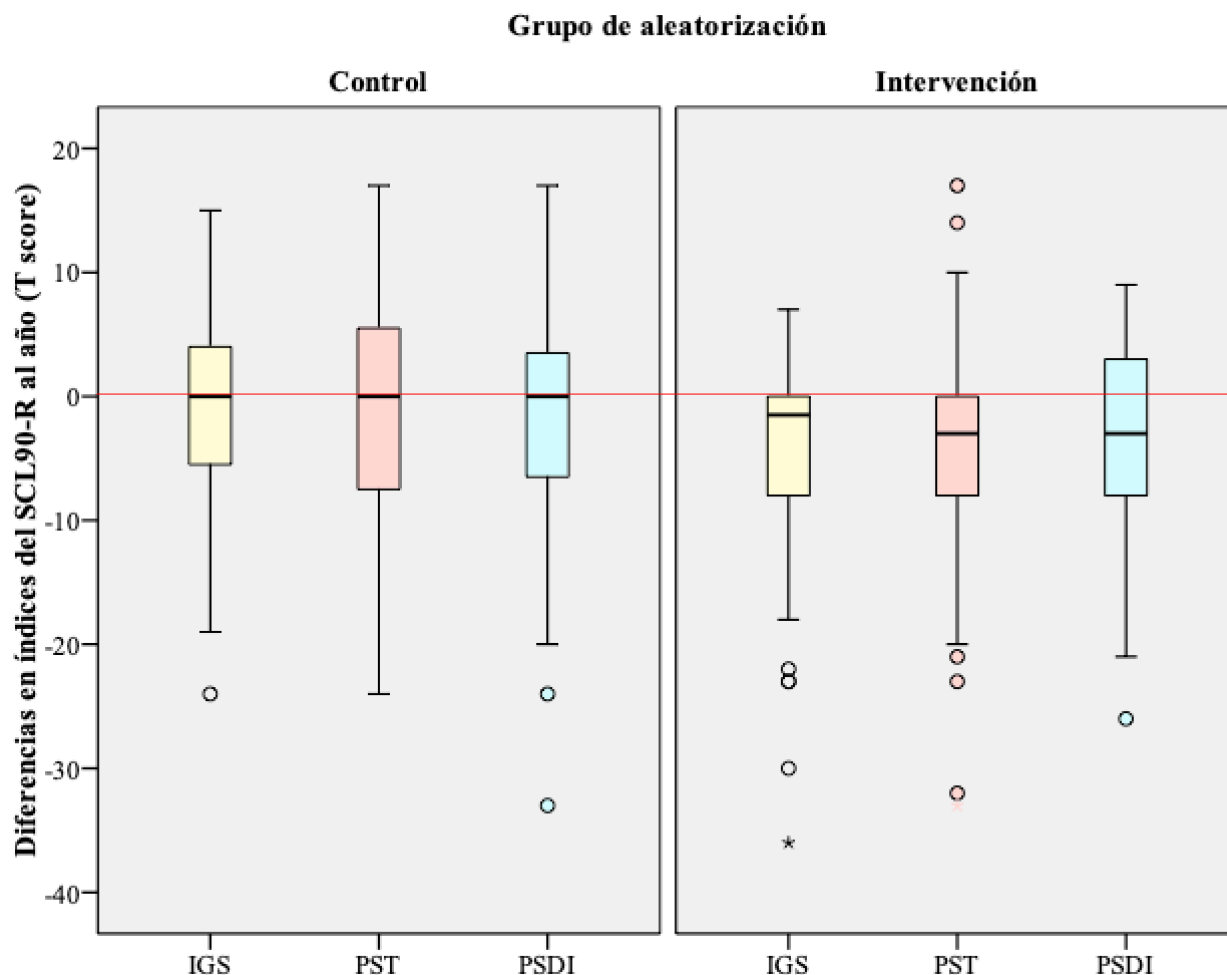


Figura 22. Diferencias a los 12 meses con respecto de la puntuación inicial de los índices del SCL90-R en el grupo de intervención y el grupo control, en Protocolo. IGS: Índice Global de Severidad. PST: Total de Síntomas Positivos. PSDI: Índice Positivo de Malestar.

A continuación, se presenta la Tabla 26 las diferencias puntuaciones en Protocolo a los 6 y 12 meses en las escalas del SCL90-R y se valora si ha tenido lugar un cambio clínico. En el grupo de intervención encontramos mejoría clínica en las escalas de Somatización (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensibilidad interpersonal (INT), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS) y Hostilidad (HOS). En la escala SOM, la mejoría se produce tanto a los 6 meses (4,3 puntos menos; DE 7,5; $p=0,001$) como a los 12 meses (3,3 puntos menos; DE 8,2; $p=0,017$). En la escala OBS también se produce la mejoría a los 6 meses (4,4 puntos menos; DE 8,3; $p=0,002$) y a los 12 meses (4,1 puntos menos; DE 7,5; $p=0,002$). En la escala INT sólo

se produce mejoría clínicamente significativa a los 12 meses (6,6 puntos menos; DE 12,2; $p=0,002$), siendo la puntuación de las escalas que más se reduce. La escala DEP se reduce significativamente a los 12 meses (5,0 puntos menos; DE 10,6; $p=0,007$). La escala ANS se reduce significativamente tanto a los 6 meses (4,3 puntos menos; DE 11,0; $p=0,020$) como a los 12 meses (4,3 puntos menos; DE 9,0; $p=0,006$). Y la escala HOS se reduce significativamente sólo a los 12 meses (5,8 puntos menos; DE 13,1; $p=0,010$).

Tabla 26. Efecto absoluto intragrupo en las escalas del SCL90-R; en Protocolo

PROTOCOLO			Efecto medio absoluto	p	95% Intervalo confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Intervención (n=38)	Somatizaciones (SOM)	Dif. 0-6 meses	-4,3 (7,5)	0,001**	-6,81	-1,87
		Dif. 0-12 meses	-3,3 (8,2)	0,017*	-6,04	-0,64
	Obsesiones y compulsiones (OBS)	Dif. 0-6 meses	-4,4 (8,3)	0,002**	-7,18	-1,72
		Dif. 0-12 meses	-4,1 (7,5)	0,002**	-6,57	-1,64
	Sensibilidad Interpersonal (INT)	Dif. 0-6 meses	-1,8 (10,9)	0,324	-5,33	1,81
		Dif. 0-12 meses	-6,6 (12,2)	0,002**	-10,59	-2,57
	Depresión (DEP)	Dif. 0-6 meses	-3,7 (12,2)	0,066	-7,68	0,26
		Dif. 0-12 meses	-5,0 (10,6)	0,007**	-8,47	-1,47
	Ansiedad (ANS)	Dif. 0-6 meses	-4,3 (11,0)	0,020*	-7,92	-0,71
		Dif. 0-12 meses	-4,3 (9,0)	0,006**	-7,25	-1,33
	Hostilidad (HOS)	Dif. 0-6 meses	-3,6 (12,6)	0,089	-7,73	0,57
		Dif. 0-12 meses	-5,8 (13,1)	0,010*	-10,11	-1,47
	Ansiedad fóbica (FOB)	Dif. 0-6 meses	-1,34 (11,9)	0,491	-5,25	2,57
		Dif. 0-12 meses	-0,5 (12,9)	0,823	-4,73	3,78
	Ideación paranoide (PAR)	Dif. 0-6 meses	-1,5 (12,9)	0,480	-5,76	2,76
		Dif. 0-12 meses	-2,4 (15,5)	0,347	-7,49	2,70
Psicoticismo (PSI)	Dif. 0-6 meses	-2,0 (8,6)	0,158	-4,81	0,81	
	Dif. 0-12 meses	-3,2 (11,8)	0,104	-7,05	0,68	
Control (n=43)	Somatizaciones (SOM)	Dif. 0-6 meses	-2,0 (6,0)	0,030*	-3,89	-0,20
		Dif. 0-12 meses	-2,5 (6,9)	0,021*	-4,67	-0,39
	Obsesiones y compulsiones (OBS)	Dif. 0-6 meses	-1,3 (7,4)	0,262	-3,55	0,99
		Dif. 0-12 meses	-0,9 (7,4)	0,418	-3,22	1,36
	Sensibilidad Interpersonal (INT)	Dif. 0-6 meses	0,2 (10,4)	0,907	-3,00	3,37
		Dif. 0-12 meses	1,2 (10,4)	0,449	-1,98	4,40
	Depresión (DEP)	Dif. 0-6 meses	-3,3 (9,6)	0,030*	-6,26	-0,34,
		Dif. 0-12 meses	-2,5 (10,4)	0,125	-5,69	0,76
	Ansiedad (ANS)	Dif. 0-6 meses	-2,8 (8,3)	0,032*	-5,37	-0,26
		Dif. 0-12 meses	-2,3 (9,6)	0,130	-5,20	0,69
	Hostilidad (HOS)	Dif. 0-6 meses	-1,7 (13,8)	0,413	-6,00	2,51
		Dif. 0-12 meses	0,9 (11,4)	0,587	-2,56	-4,47
	Ansiedad fóbica (FOB)	Dif. 0-6 meses	-1,5 (11,4)	0,384	-5,06	1,99
		Dif. 0-12 meses	-0,9 (11,2)	0,609	-4,35	2,58
	Ideación paranoide (PAR)	Dif. 0-6 meses	-1,8 (13,7)	0,386	-6,07	2,40
		Dif. 0-12 meses	-1,3 (13,7)	0,538	-5,53	2,93
	Psicoticismo (PSI)	Dif. 0-6 meses	-0,3 (11,6)	0,876	-3,86	3,30
		Dif. 0-12 meses	-0,6 (13,4)	0,777	-4,71	3,54

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

En el grupo control encontramos mejoría significativa en las escalas de Somatización (SOM), Depresión (DEP) y Ansiedad (ANS). En la escala SOM la mejoría se produce tanto a los 6 meses (2,0 puntos menos; DE 6,0; $p=0,030$) como a los 12 meses (2,5 puntos menos; DE 6,9; $p=0,021$). En la escala DEP la mejoría sólo se produce a los 6 meses (3,3 puntos menos; DE 9,6; $p=0,030$) no manteniéndose a los 12 meses. Y lo mismo ocurre con la escala ANS, que mejora significativamente a los 6 meses (2,8 puntos menos; DE 8,3; $p=0,032$) pero a los 12 meses.

En la Figura 23, se presenta una representación gráfica con las puntuaciones iniciales y a los 12 meses de los pacientes del grupo de intervención y del grupo control, en protocolo, junto con los valores normativos del cuestionario.

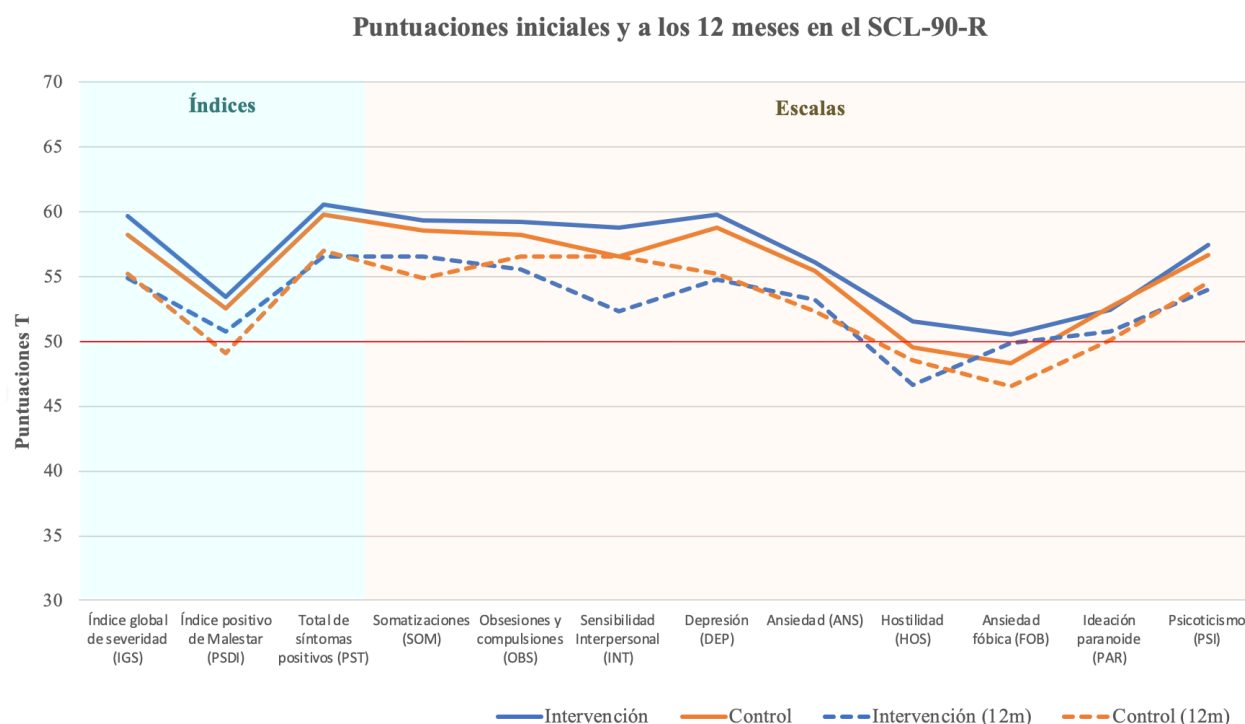


Figura 23. Comparación de las puntuaciones del SCL90-R al inicio y al fin del estudio, en protocolo, y en relación con los valores normativos del cuestionario.

Por último, en la Tabla 27, encontramos la comparación estadística entre el grupo de intervención y el grupo control en todas las escalas e índices evaluados con el SCL90-R. En ninguno de los índices del cuestionario se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos de estudio. Y respecto de las escalas, sólo encontramos 2 diferencias estadísticamente significativas. La primera en la escala INT “*Sensibilidad interpersonal*” a los 12 meses, donde

el grupo de intervención puntúa 7,8 puntos menos que el grupo control ($p=0,002$). Y la segunda diferencia la encontramos en la escala HOS “Hostilidad”, en la que el grupo de intervención puntúa 6,7 puntos menos que el grupo control ($p=0,016$).

Tabla 27. Diferencia a los 6 meses y a los 12 meses entre los grupos de estudio, en protocolo, de los índices y escalas del SCL90-R.

PROTOCOLO		Intervención (N=38)	Control (N=43)	Efecto medio absoluto	p	95% intervalo confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Índices	Índice global de severidad (IGS)						
	Dif. 0-6 meses	-4,0 (9,8)	-1,8 (7,3)	-2,2	0,255	-5,98	1,60
	Dif. 0-12 meses	-5,4 (10,6)	-1,6 (8,8)	-3,9	0,076	-8,14	0,42
	Índice positivo de Malestar (PSDI)						
	Dif. 0-6 meses	-2,5 (8,1)	-2,3 (8,6)	-0,2	0,914	-3,90	3,50
	Dif. 0-12 meses	-3,1 (8,1)	-2,3 (9,8)	-0,8,	0,704	-7,74	3,21
	Total de síntomas positivos (PST)						
Índices 1 ^{er} orden	Dif. 0-6 meses	-3,3 (9,8)	-1,2 (8,1)	-2,1	0,307	-6,03	1,92
	Dif. 0-12 meses	-4,5 (11,3)	-1,3 (9,0)	-3,2	0,161	-7,73	1,25
	Somatizaciones (SOM)						
	Dif. 0-6 meses	-4,3 (7,5)	-2,0 (6,0)	-2,3	0,130	-5,28	0,69
	Dif. 0-12 meses	-3,3 (8,2)	-2,5 (6,9)	-0,8,	0,633	-4,16	2,55
	Obsesiones y compulsiones (OBS)						
	Dif. 0-6 meses	-4,4 (8,3)	-1,3 (7,4)	-3,1	0,073	-6,63	0,30
	Dif. 0-12 meses	-4,1 (7,5)	-0,9 (7,4)	-3,2	0,060	-6,49	0,14
	Sensibilidad Interpersonal (INT)						
	Dif. 0-6 meses	-1,8 (10,9)	0,2 (10,4)	-2,0,	0,411	-6,64	2,74
	Dif. 0-12 meses	-6,6 (12,2)	1,2 (10,4)	-7,8	0,003**	-12,78	-2,80
	Depresión (DEP)						
	Dif. 0-6 meses	-3,7 (12,2)	-3,3 (9,6)	-0,4	0,866	-5,21	4,40,
	Dif. 0-12 meses	-5,0 (10,6)	-2,5 (10,4)	-2,5	0,292	-7,15	2,18
	Ansiedad (ANS)						
	Dif. 0-6 meses	-4,3 (11,0)	-2,8 (8,3)	-1,5	0,486	-5,77	2,77,
	Dif. 0-12 meses	-4,3 (9,0)	-2,3 (9,6)	-2,0	0,330	-6,16	2,09
	Hostilidad (HOS)						
	Dif. 0-6 meses	-3,6 (12,6)	-1,7 (13,8)	-1,9	0,537	-7,72	4,05
	Dif. 0-12 meses	-5,8 (13,1)	0,9 (11,4)	-6,7	0,016*	-12,17	-1,31
	Ansiedad fóbica (FOB)						
	Dif. 0-6 meses	-1,3 (11,9)	-1,5 (11,4)	0,2	0,941	-4,98	5,36
	Dif. 0-12 meses	-0,5 (12,9)	-0,9 (11,2)	0,4	0,879	-4,94	5,76
	Ideación paranoide (PAR)						
	Dif. 0-6 meses	-1,5 (12,9)	-1,8 (13,7)	0,3	0,910	-5,60	6,27
	Dif. 0-12 meses	-2,4 (15,5)	-1,3 (13,7)	-1,1	0,738	-7,56	5,38
	Psicoticismo (PSI)						
	Dif. 0-6 meses	-2,0 (8,6)	-0,3 (11,6)	-1,7	0,456	-6,29	2,85
	Dif. 0-12 meses	-3,2 (11,8)	-0,6 (13,4)	-2,60	0,359	-8,22	3,01

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

4.3.4 Motivación al cambio

La motivación al cambio se evaluó con la R-URICA Escala de Motivación al Cambio de la Universidad de Rhode Island, revisada y, por tanto, lo que se muestra en este apartado son los resultados en este cuestionario. Lo que se presenta son diferencias entre los valores de la evaluación inicial y los valores obtenidos a los 6 y 12 meses. Por otra parte, dado que ya no se trata de escalas clínicas, la interpretación del símbolo positivo o negativo de los resultados es distinta que en los cuestionarios previos y varía en función de la escala en cuestión. En el caso de la escala de “Acción” una puntuación positiva reflejará mayor compromiso con mejorar la alimentación, y una puntuación negativa un menor compromiso. En la escala de búsqueda una puntuación positiva indicará una buena actitud hacia el tratamiento y una puntuación negativa podría indicar simplemente que el sujeto ya no busca activamente ayuda, pero podría ser porque no le interesa recibirla o porque ya la estuviera recibiendo. Por último, en la escala de ambivalencia, una puntuación positiva implicaría que el individuo se está sintiendo obligado a asistir al tratamiento o que no se considera responsable de su sobrepeso y, por tanto, la mejora clínica implicaría que la puntuación fuese negativa, ya que supondría una disminución de la ambivalencia y un mayor compromiso.

En primer lugar, en la Tabla 28, mostramos las diferencias puntuaciones en Protocolo a los 6 y 12 meses en las escalas del R-URICA y se valora si ha tenido lugar un cambio significativo.

Tabla 28. Efectos absolutos en las escalas del R-URICA a los 6 y 12 meses, en Protocolo.

PROTOCOLO			Efecto medio absoluto	p	95% Intervalo confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Intervención (n=38)	Acción	Diferencia. 0-6 meses	1,2 (4,0)	0,077	-0,13	2,50
		Diferencia. 0-12 meses	1,0 (3,7)	0,095	-0,19	2,24
	Búsqueda de tratamiento	Diferencia. 0-6 meses	-0,9 (1,9)	0,004**	-1,56	-0,33
		Diferencia. 0-12 meses	-0,9 (2,3)	0,015*	-1,74	-0,20
	Ambivalencia	Diferencia. 0-6 meses	-0,9 (3,4)	0,113	-2,01	0,22
		Diferencia. 0-12 meses	-0,4 (4,0)	0,526	-1,75	0,91
Control (n=43)	Acción	Diferencia. 0-6 meses	-0,3 (3,2)	0,514	-1,32	0,67
		Diferencia. 0-12 meses	-0,7 (3,9)	0,259	-1,86	0,52
	Búsqueda de tratamiento	Diferencia. 0-6 meses	-0,6 (2,1)	0,045*	-1,29	-0,01
		Diferencia. 0-12 meses	-0,1 (1,4)	0,580	-0,54	0,30
	Ambivalencia	Diferencia. 0-6 meses	0,1 (2,7)	0,824	-0,75	0,93
		Diferencia. 0-12 meses	-0,6 (3,2)	0,206	-1,62	0,36

* p < 0,05; ** p < 0,001

Posteriormente, en la Tabla 29, podemos comprobar si las puntuaciones del grupo de intervención y del grupo control difieren estadísticamente hablando. En el caso de la escala de acción, encontramos que los cambios no son estadísticamente significativos ni en el caso del grupo de intervención, ni en el del grupo control, ni a los 6 ni a los 12 meses. Sin embargo, las puntuaciones del grupo de intervención son positivas, sugiriendo un mayor compromiso con el autocuidado, mientras que las puntuaciones en el grupo control son negativas, implicando justo lo contrario. Siendo la diferencia entre los grupos de estudio estadísticamente significativa en la evaluación de los 12 meses ($p=0,047$). En la Figura 24, encontramos una representación gráfica del cambio de la variable “acción”.

Tabla 29. Efecto absoluto en las escalas del R-URICA a los 6 meses y a los 12 meses, en protocolo.

PROTOCOLO	Intervención (n=38)	Control (n=43)	p	Efecto medio absoluto	95% Intervalo confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
<i>Acción</i>						
<i>Diferencia. 0-6 meses</i>	1,2 (4,0)	-0,3 (3,2)	0,065	1,5	-0,09	3,11
<i>Diferencia. 0-12 meses</i>	1,0 (3,7)	-0,7 (3,9)	0,047*	1,7	0,02	3,38
<i>Búsqueda de tratamiento</i>						
<i>Diferencia. 0-6 meses</i>	-0,9 (1,9)	-0,6 (2,1)	0,504	-0,3	-1,17	0,58
<i>Diferencia. 0-12 meses</i>	-0,9 (2,3)	-0,1 (1,4)	0,053	-0,8	-1,72	0,01
<i>Ambivalencia</i>						
<i>Diferencia. 0-6 meses</i>	-0,9 (3,4)	0,1 (2,7)	0,151	-1,0	-2,34	0,37
<i>Diferencia. 0-12 meses</i>	-0,4 (4,0)	-0,6 (3,2)	0,799	0,2	-1,40	1,81

*p < 0,05; **p<0,001

En la escala “Búsqueda de tratamiento” observamos cambios significativos en el grupo de intervención a los 6 meses (0,9 puntos menos; DE 1,9; $p=0,004$), que se mantienen a los 12 meses (0,9 puntos menos; DE 2,3; $p=0,015$). En el grupo control, por otra parte, encontramos cambios en la misma dirección siendo sólo significativos a los 6 meses (0,6 puntos menos; DE 2,1; $p=0,045$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en esta escala.

Por último, respecto de la escala “Ambivalencia”, no encontramos cambios significativos ni en el grupo de intervención ni en el grupo control, ni existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio.

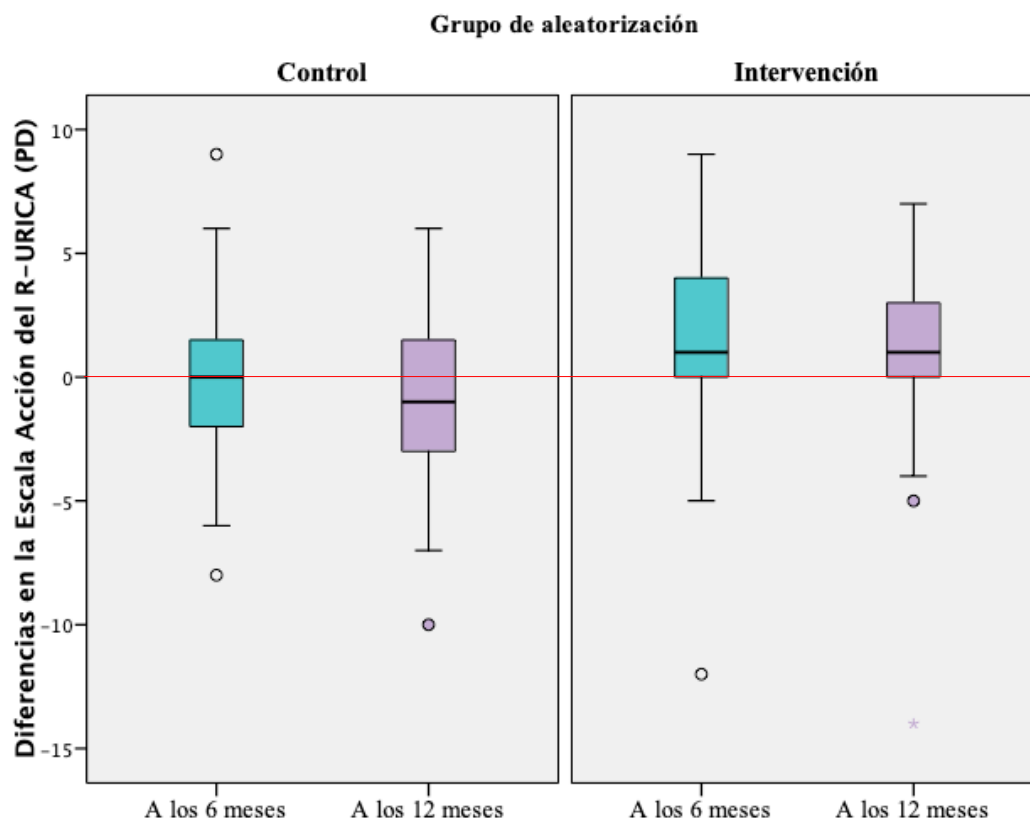


Figura 24. Diferencias en Protocolo entre grupo de intervención y control a los 6 y 12 meses respecto de la puntuación inicial en la escala Acción del R-URICA.

4.3.5 Cambios en la alimentación post-tratamiento.

Con relación a la alimentación se evaluó el grado de Adherencia a la Dieta Mediterránea con el test KIDMED y, por tanto, lo que se muestra en este apartado son los resultados en este cuestionario. Se presentan diferencias entre los valores de la evaluación inicial y los valores obtenidos a los 6 y 12 meses. En este caso, las puntuaciones de símbolo positivo denotan un mayor seguimiento de la Dieta Mediterránea y las puntuaciones negativas implicarían una mejor adherencia.

Tabla 30. Efecto absoluto intragrupo en Test KIDMED a los 6 meses y a los 12 meses; en protocolo.

PROTOCOLO		Media (DE)	p	95% Intervalo de confianza de la diferencia	
				Inferior	Superior
Intervención (n=38)	Diferencia. 0-6 meses	1,2 (2,2)	0,002**	0,48	1,89
	Diferencia. 0-12 meses	1,1 (1,9)	0,001**	0,47	1,69
Control (n=43)	Diferencia. 0-6 meses	0,4 (2,2)	0,196	-0,24	1,12
	Diferencia. 0-12 meses	0,6 (2,0)	0,058	-0,02	1,23

Como se puede ver en la Tabla 30, en el grupo de intervención se produce una mejora significativa de la alimentación a los 6 meses (1,2 puntos más; DE 2,2; $p=0,002$) que se mantiene a los 12 meses (1,1 puntos más que en evaluación inicial; DE 1,9; $p=0,001$). Mientras que en el grupo control, la puntuación total del KIDMED no varía de forma significativa, ni a los 6 ni a los 12 meses. Sin embargo, y como podemos ver en la Tabla 31, las diferencias entre los grupos de intervención y control no fueron estadísticamente significativas. Puede encontrarse una representación gráfica en la Figura 25.

Tabla 31. Efecto absoluto entregupos en Test KIDMED a los 6 meses y a los 12 meses; en protocolo.

PROTOCOLO	Intervención (n=38)	Control (n=43)	p	Diferencia de medias	95% Intervalo confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Diferencia. 0-6 meses	1,2 (2,2)	0,4 (2,2)	0,131	0,7	-0,22	1,71
Diferencia. 0-12 meses	1,1 (1,9)	0,6 (2,0)	0,278	0,5	-0,39	1,34

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

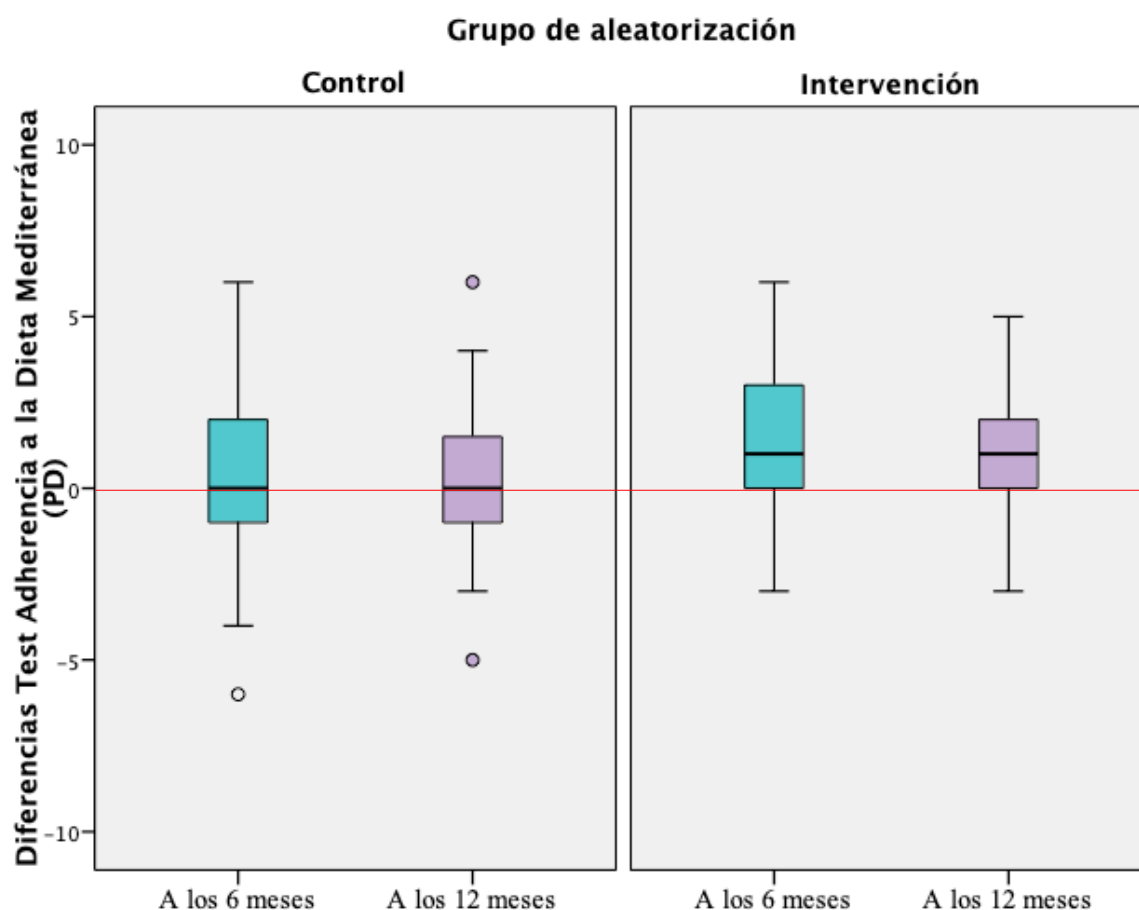


Figura 25. Diferencias en Protocolo entre grupo de intervención y control a los 6 y 12 meses respecto de la puntuación inicial la puntuación total del KIDMED.

4.3.6 Calidad de vida relacionada con la salud.

Por último, se presentan los resultados en Calidad de Vida relacionada con la salud, que se evaluaron con el cuestionario SF36. Como en los apartados anteriores lo que se presentan son diferencias entre los valores de la evaluación inicial y los valores obtenidos a los 6 y 12 meses. En este caso, la mejoría clínica se asociará a puntuaciones positivas, cuanto mayor sea la puntuación diferencia, mejor será la calidad de vida de la persona.

En primer lugar, en la Tabla 32, mostramos las diferencias puntuaciones en Protocolo a los 6 y 12 meses en las escalas e índices del SF36 y se valora si ha tenido lugar un cambio clínico, sin entrar aún en comparar los grupos de intervención y control. Podemos ver una representación gráfica del cambio en las escalas del SF36 y su relación con los valores normativos del cuestionario en la Figura 26.

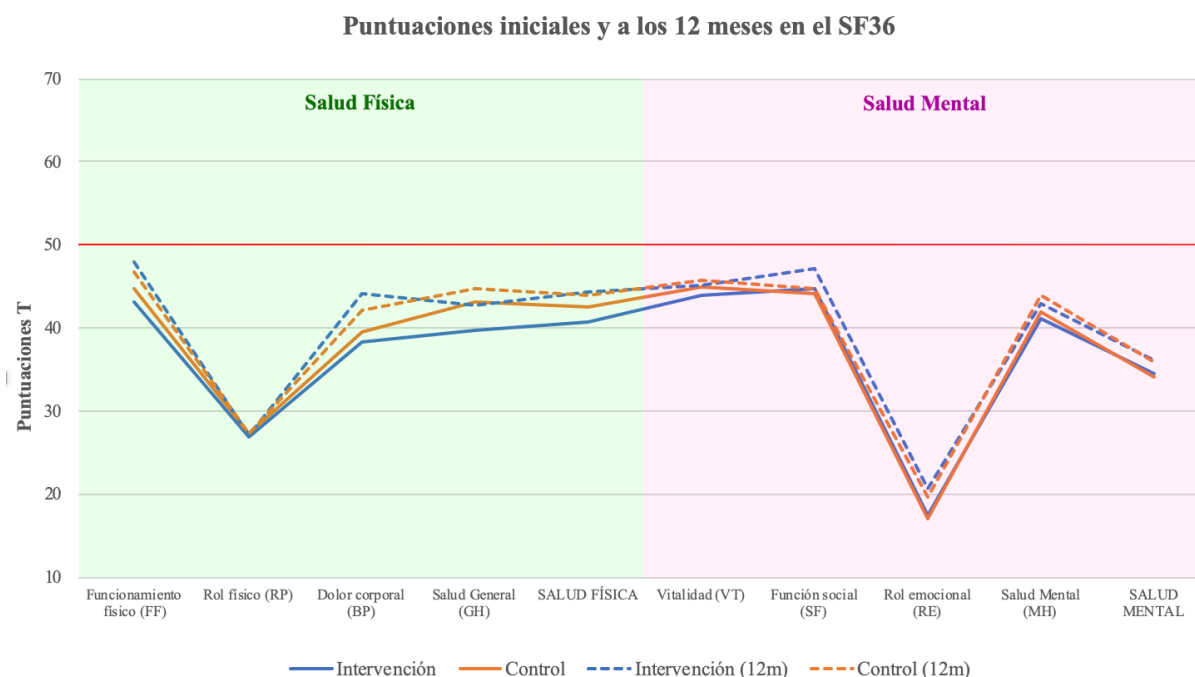


Figura 26. Comparación de las puntuaciones del SF36 al inicio y al fin del estudio, en protocolo, y en relación con los valores normativos del cuestionario.

En el grupo de intervención son numerosas las escalas del SF36 que denotan una mejoría clínica. Empezando por la Salud Física, encontramos mejoría significativa en las escalas de “*Función física*” (FF), “*Dolor corporal*” (BP) y “*Salud General*” (GH) tanto a los 6 meses como a los 12; y en el índice “*Resumen Salud Física*” encontramos una mejora significativa a los 12 meses. Mientras que la escala de “*Rol físico*” (RP), que era la que más se alejaba de los valores normativos, no varía ni a los 6 ni a los 12 meses. Respecto de la Salud Mental, encontramos mejoría clínicamente significativa en las escalas de “*Rol emocional*” (RE)

Beneficios de la intervención psicológica grupal en obesidad

y “Salud Mental” (MH) tanto a los 6 meses como a los 12 meses. Por otra parte, en las escalas de “Vitalidad” (VT), “Función Social” (SF) y el índice “Resumen de Salud Mental” encontramos mejorías significativas a los 6 meses, pero que no se mantienen a los 12 meses.

Tabla 32. Efecto absoluto intragrupo en las escalas del SF36 a los 6 y 12 meses; en Protocolo.

PROTOCOLO			Efecto medio absoluto	p	95% Intervalo confianza para la diferencia		
					Inferior	Superior	
Intervención (n=38)	Salud Física	Función física (FF)	Dif. 0-6 meses	2,5 (6,1)	0,014*	0,54	4,56
			Dif. 0-12 meses	3,6 (7,6)	0,005**	1,14	6,12
		Rol físico (RP)	Dif. 0-6 meses	0,0 (4,1)	0,969	-1,37	1,32
			Dif. 0-12 meses	0,0 (4,5)	0,972	-1,47	1,52
		Dolor corporal (BP)	Dif. 0-6 meses	3,0 (7,3)	0,015*	0,62	5,43
			Dif. 0-12 meses	5,6 (9,5)	0,001**	2,52	8,74
		Salud General (GH)	Dif. 0-6 meses	3,8 (5,7)	0,000**	1,90	5,63
			Dif. 0-12 meses	2,9 (8,1)	0,031*	0,28	5,62
		Resumen Salud Física	Dif. 0-6 meses	1,6 (5,4)	0,074	-0,16	3,37
			Dif. 0-12 meses	2,8 (7,1)	0,021*	0,44	5,14
	Salud Mental	Vitalidad (VT)	Dif. 0-6 meses	4,1 (7,2)	0,001**	1,70	6,46
			Dif. 0-12 meses	0,7 (10,0)	0,674	-2,59	3,96
		Función social (SF)	Dif. 0-6 meses	5,0 (8,5)	0,001**	2,17	7,78
			Dif. 0-12 meses	2,7 (11,0)	0,134	-0,88	6,36
		Rol emocional (RE)	Dif. 0-6 meses	1,8 (4,8)	0,029*	0,19	3,34
			Dif. 0-12 meses	3,5 (5,0)	0,000**	1,87	5,19
		Salud Mental (MH)	Dif. 0-6 meses	4,8 (7,7)	0,000**	2,29	7,35
			Dif. 0-12 meses	2,5 (7,4)	0,049*	0,01	4,88
		Resumen Salud Mental	Dif. 0-6 meses	4,5 (6,6)	0,000*	2,32	6,68
			Dif. 0-12 meses	2,2 (7,8)	0,094	-0,39	4,76
Control (n=43)	Salud Física	Función física (FF)	Dif. 0-6 meses	2,5 (7,1)	0,024*	0,35	4,72
			Dif. 0-12 meses	2,7 (6,3)	0,008**	0,76	4,64
		Rol físico (RP)	Dif. 0-6 meses	0,4 (2,9)	0,328	-0,46	1,34
			Dif. 0-12 meses	0,5 (3,6)	0,330	-0,56	1,63
		Dolor corporal (BP)	Dif. 0-6 meses	3,5 (10,6)	0,035*	0,26	6,76
			Dif. 0-12 meses	3,4 (8,2)	0,010*	0,87	5,92
		Salud General (GH)	Dif. 0-6 meses	1,4 (6,5)	0,159	-0,58	3,42
			Dif. 0-12 meses	1,0 (6,4)	0,311	-0,97	2,97
		Resumen Salud Física	Dif. 0-6 meses	1,6 (5,9)	0,080	-0,20	3,46
			Dif. 0-12 meses	1,7 (5,2)	0,037*	0,11	3,33
	Salud Mental	Vitalidad (VT)	Dif. 0-6 meses	2,4 (8,8)	0,077	-0,27	5,16
			Dif. 0-12 meses	0,5 (8,9)	0,708	-2,22	3,25
		Función social (SF)	Dif. 0-6 meses	1,1 (12,5)	0,577	-2,77	4,91
			Dif. 0-12 meses	1,3 (12,5)	0,515	-2,60	5,11
		Rol emocional (RE)	Dif. 0-6 meses	1,8 (5,5)	0,031*	0,18	3,54
			Dif. 0-12 meses	2,8 (5,5)	0,002**	1,14	4,53
		Salud Mental (MH)	Dif. 0-6 meses	3,2 (8,6)	0,018*	0,59	5,92
			Dif. 0-12 meses	1,8 (9,6)	0,209	-1,08	4,80
		Resumen Salud Mental	Dif. 0-6 meses	2,3 (8,6)	0,083	-0,31	4,96
			Dif. 0-12 meses	1,4 (8,7)	0,294	-1,28	4,11

* p < 0,05; ** p < 0,001

En el grupo control, con relación a la Salud Física, encontramos mejoría significativa y mantenida tanto a los 6 como a los 12 meses en las escalas de “*Función Física*” (FF) y “*Dolor corporal*” (BP). Y, por otra parte, el índice “Resumen Salud Física” mejora significativamente a los 12 meses. Respecto de la salud mental, encontramos mejoría significativa en la escala “*Rol emocional*” (RE) siendo esta mejoría progresivamente mejor a los 12 meses respecto de los 6. Por otra parte, la escala “*Salud Mental*” (MH) mejora significativamente a los 6 meses, pero no se mantiene a los 12. El índice “Resumen Salud Mental” no mejora significativamente ni a los 6 ni a los 12 meses de estudio.

Tabla 33. Diferencia a los 6 meses y a los 12 meses entre los grupos de estudio, en protocolo, de los índices y escalas del SF36.

Protocolo			Intervención (n=38)	Control (n=43)	p	Efecto medio absoluto	95% Intervalo confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
Salud Física	<i>Función física</i> (FF)	Dif. 0-6 meses	2,5 (6,1)	2,5 (7,1)	0,990	0,0	-2,93	2,97
		Dif. 0-12 meses	3,6 (7,6)	2,7 (6,3)	0,546	0,9	-2,13	4,00
	<i>Rol físico</i> (RP)	Dif. 0-6 meses	0,0 (4,1)	0,4 (2,9)	0,552	-0,5	-2,03	1,09
		Dif. 0-12 meses	0,0 (4,5)	0,5 (3,6)	0,575	-0,5	-2,30	1,29
	<i>Dolor corporal</i> (BP)	Dif. 0-6 meses	3,0 (7,3)	3,5 (10,6)	0,813	-0,5	-4,55	3,58
		Dif. 0-12 meses	5,6 (9,5)	3,4 (8,2)	0,258	2,2	-1,67	6,14
	<i>Salud General</i> (GH)	Dif. 0-6 meses	3,7 (5,7)	1,4 (6,5)	0,089	2,3	-0,37	5,06
		Dif. 0-12 meses	2,9 (8,1)	1,0 (6,4)	0,231	1,9	-1,27	5,16
	Resumen Salud Física	Dif. 0-6 meses	1,6 (5,4)	1,6 (5,9)	0,986	0,0	-2,54	2,50
		Dif. 0-12 meses	2,8 (7,1)	1,7 (5,2)	0,450	1,1	-1,74	3,88
Salud Mental	<i>Vitalidad</i> (VT)	Dif. 0-6 meses	4,0 (7,2)	2,4 (8,8)	0,368	1,6	-1,96	5,23
		Dif. 0-12 meses	0,7 (10,0)	0,5 (8,9)	0,935	0,2	-4,00	4,35
	<i>Función social</i> (SF)	Dif. 0-6 meses	4,9 (8,5)	1,0 (12,5)	0,109	3,9	-0,89	8,70
		Dif. 0-12 meses	2,7 (11,0)	1,3 (12,5)	0,576	1,5	-3,77	6,73
	<i>Rol emocional</i> (RE)	Dif. 0-6 meses	1,7 (4,8)	1,8 (5,5)	0,933	-0,1	-2,38	2,19
		Dif. 0-12 meses	3,5 (5,0)	2,8 (5,5)	0,562	0,7	-1,66	3,04
	<i>Salud Mental</i> (MH)	Dif. 0-6 meses	4,8 (7,7)	3,2 (8,5)	0,397	1,6	-2,08	5,20
		Dif. 0-12 meses	2,5 (7,4)	1,8 (9,6)	0,761	0,6	-3,23	4,41
	Resumen Salud Mental	Dif. 0-6 meses	4,5 (6,6)	2,3 (8,6)	0,210	2,2	-1,25	5,60
		Dif. 0-12 meses	2,2 (7,8)	1,4 (8,7)	0,681	0,8	-2,93	4,46

Las puntuaciones se presentan en medias y desviación estándar

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En la Tabla 33 donde se encuentra la comparación estadística entre los grupos de intervención y control, podemos observar que ambos grupos de estudio no difieren de forma estadísticamente significativa en ninguna de las escalas o índices de calidad de vida relacionada con la salud. Y, finalmente, en la Figura 27, podemos observar una representación gráfica de los índices resumen del SF36 a los 6 y 12 meses en los grupos de intervención y control.

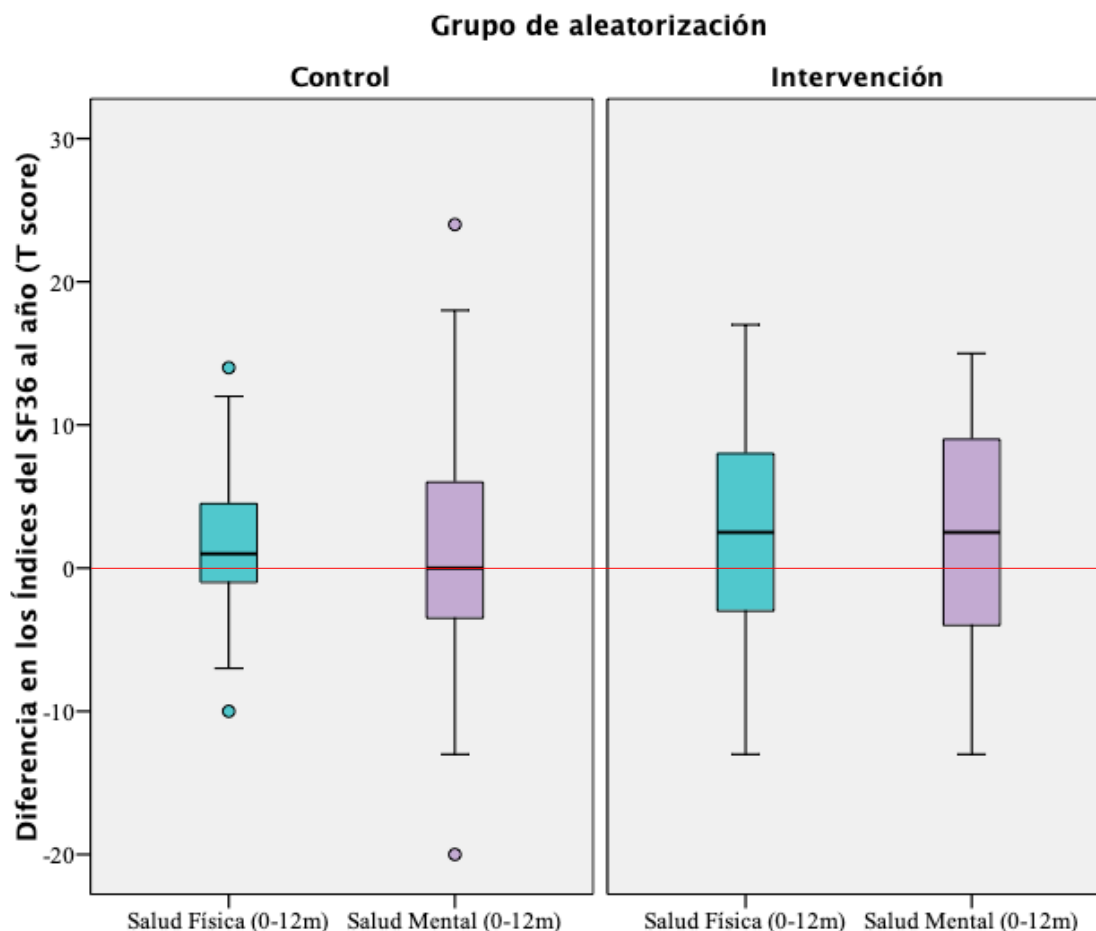


Figura 27. Diferencias a los 12 meses con respecto de la puntuación inicial de los índices del SF36 en el grupo de intervención y el grupo control, en Protocolo.

4.4 Correlación entre los cambios en el peso y los índices de las escalas psicológicas.

4.4.1 Variación del peso a los 6 y 12 meses.

En la Figura 28, podemos observar como tanto en el grupo de intervención como en el grupo control la pérdida de peso a los 6 meses correlaciona de forma fuerte, directa y significativa con la pérdida de peso a los 12 meses. En el caso del grupo control la rho de Spearman fue de 0,775 ($p < 0,01$) y en el grupo de intervención fue de 0,760 ($p < 0,01$).

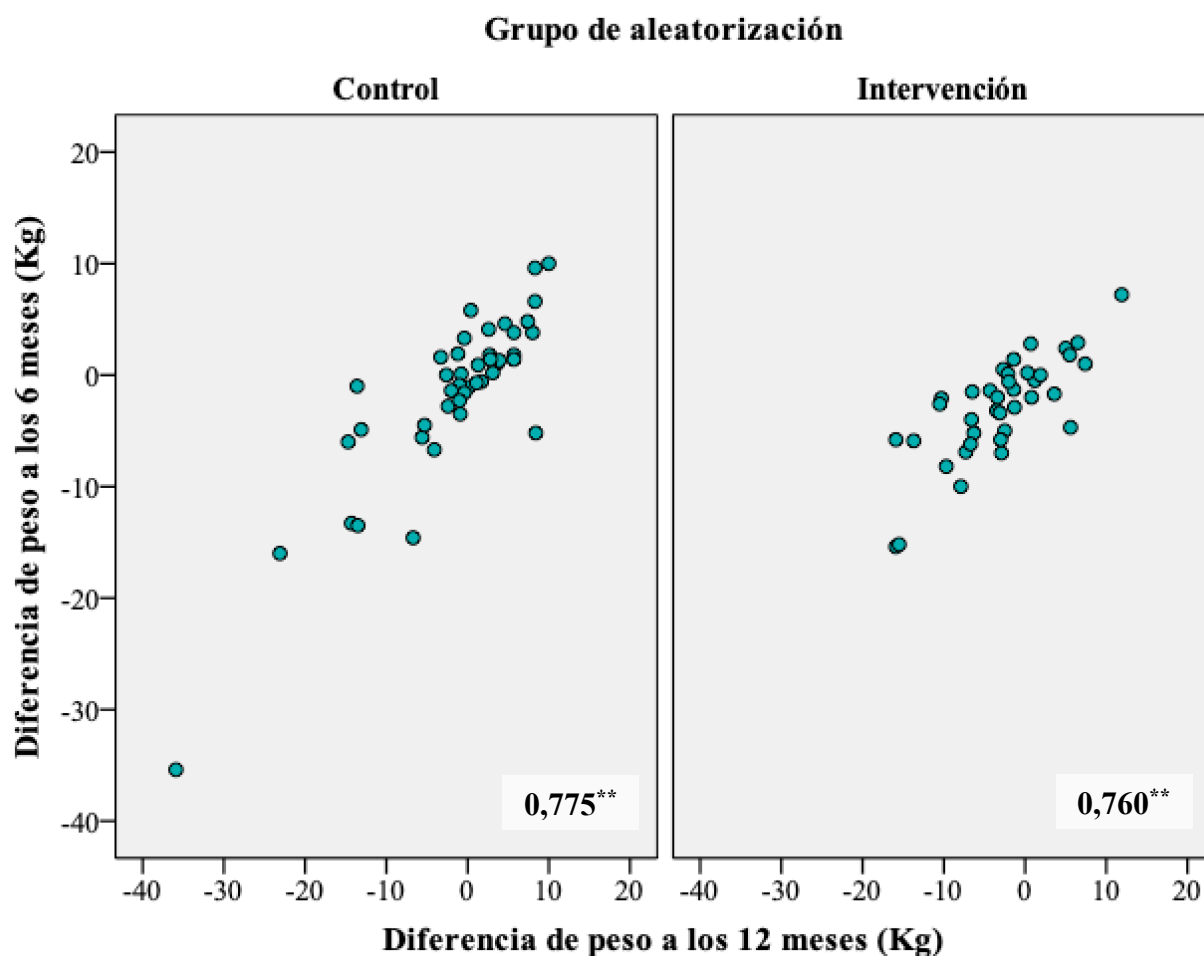


Figura 28. Gráfico de dispersión con las variables diferencia entre el peso inicial y el peso a los 6 meses y la variable diferencia entre el peso inicial y el peso a los 12 meses, en grupo de intervención y grupo control; en Protocolo.

4.4.2 Variación del peso y alteración de la conducta alimentaria.

En la Tabla 34 se presentan las correlaciones entre la diferencia de pesos a los 6 y 12 meses y las diferencias en los 2 índices de 2º orden del EDI-3, esto es, el Índice EDRC “*Riesgo de TCA*” y el Índice GPMC “*Desajuste psicológico general*”.

La única variable con la que correlaciona la variación ponderal es con el cambio en el índice EDRC a los 6 meses en el grupo de intervención, denotando que en ese momento existe una correlación directa y significativa ($p < 0,05$), entre los kilos perdidos y la disminución del “Riesgo de TCA”. Esta correlación no se mantiene en las medidas realizadas a los 12 meses.

Tabla 34. Correlaciones entre las variaciones de peso y las variaciones los índices de 2º orden del EDI-3 a los 6 y 12 meses, en Protocolo

PROTOCOLO		<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Dif EDRC 6m</i>	<i>Dif EDRC 12m</i>	<i>Dif GPMC 6m</i>	<i>Dif GPMC 12</i>
<i>Dif Peso 6m</i>	<i>Intervención</i>	0,760**	0,364*	0,109	0,213	0,093
	<i>Control</i>	0,775**	0,239	0,159	0,097	-0,057
<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Intervención</i>	---	0,142	0,101	0,088	0,194
	<i>Control</i>	---	0,296	0,425**	0,151	0,057
<i>Dif EDRC 6m</i>	<i>Intervención</i>	---	---	0,682**	0,355*	0,310
	<i>Control</i>	---	---	0,589**	0,277	0,064
<i>Dif EDRC 12m</i>	<i>Intervención</i>	---	---	---	0,365	0,006
	<i>Control</i>	---	---	---	0,325	0,061
<i>Dif GPMC 6m</i>	<i>Intervención</i>	---	---	---	---	0,461**
	<i>Control</i>	---	---	---	---	0,508**

Dif.: Diferencia. EDRC: Índice de Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria del EDI-3. GPMC: Índice de Desajuste Psicológico General del EDI-3. EDI-3: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª Edición. * $p < 0,005$. ** $p < 0,001$. Las correlaciones son Rho de Spearman

Por otra parte, tanto en el caso del índice EDRC como en el índice GPMC y tanto en el grupo de intervención como en el grupo control existe una correlación directa y significativa entre las variaciones a los 6 y los 12 meses.

Asimismo, parece que tanto en el grupo de intervención como en el grupo control a los 6 meses correlacionan de forma directa y significativa las variaciones de los 2 índices de 2º grado del EDI-3. Es decir, a los 6 meses, cuanto mayor es la mejoría en el índice Desajuste Psicológico General, mayor en la mejoría en el Índice Riesgo de TCA. Manteniéndose esta correlación a los 12 meses sólo en el caso del grupo de intervención.

Las correlaciones con las escalas clínicas las podemos ver en la Tabla 35. Encontramos que en el caso del grupo de intervención los cambios ponderales sólo se relacionan a los 6 meses con la insatisfacción corporal a los 6 meses, no manteniéndose esta relación en las evaluaciones de los 12 meses. En el grupo control, no hay relación entre perder peso e insatisfacción corporal en ninguno de los momentos evaluados.

En la escala de bulimia, no encontramos ninguna correlación en el grupo de intervención entre los efectos en esta escala y los efectos en el peso, mientras que en el grupo control se asocia la reducción de la escala de bulimia con la pérdida de peso, tanto a los 6 meses como a los 12 meses.

Por otra parte, encontramos que las variaciones en cada escala clínica a los 6 meses correlacionan con las puntuaciones de esa misma escala a los 12.

En el grupo de intervención, la mejora en la escala DT “obsesión a por la delgadez” a los 6 meses correlaciona con todas las medidas de las escalas clínicas del EDI-3, en todos los momentos temporales. Mientras que en el grupo control, sólo correlaciona con esa misma escala a los 12 meses.

Finalmente, encontramos que a los 12 meses se asocian las medidas de obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal tanto en el grupo de intervención, como en el grupo control.

Tabla 35. Correlaciones entre las variaciones de peso y las escalas clínicas del EDI-3 a los 6 y 12 meses, en Protocolo

PROTOCOLO		<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Dif DT 6m</i>	<i>Dif DT 12m</i>	<i>Dif B 6m</i>	<i>Dif B 12m</i>	<i>Dif BD 6m</i>	<i>Dif BD 12m</i>
<i>Dif Peso 6m</i>	<i>Intervención</i>	0,760**	0,276	0,255	0,194	-0,145	0,378*	0,246
	<i>Control</i>	0,775**	0,213	0,049	0,371*	0,179	0,016	0,061
<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Intervención</i>		0,046	0,136	0,145	-0,120	0,159	0,189
	<i>Control</i>		0,312*	0,262	0,310*	0,392**	0,097	0,261
<i>Dif DT 6m</i>	<i>Intervención</i>			0,731**	0,328*	0,418**	0,638**	0,324*
	<i>Control</i>			0,394**	0,197	0,090	-0,150	0,261
<i>Dif DT 12m</i>	<i>Intervención</i>				0,098	0,218	0,488**	0,344*
	<i>Control</i>				0,052	0,211	0,057	0,464**
<i>Dif B 6m</i>	<i>Intervención</i>					0,530**	0,263	0,045
	<i>Control</i>					0,624**	0,264	0,131
<i>Dif B 12m</i>	<i>Intervención</i>						0,248	0,049
	<i>Control</i>						0,153	0,233
<i>Dif BD 6m</i>	<i>Intervención</i>							0,643**
	<i>Control</i>							0,629**

Dif.: Diferencia. DT: Obsesión por la delgadez. B: Bulimia. BD: Insatisfacción corporal

. * p < 0,005. ** p < 0,001. Las correlaciones son Rho de Spearman

4.4.3 Variación del peso y sintomatología psiquiátrica.

En la Tabla 36 se presentan las correlaciones entre la diferencia de pesos a los 6 y 12 meses y las diferencias en los índices del SCL90-R, esto es, el índice IGS “Índice sintomático general”, el índice PST “Total de respuestas positivas” y el índice PSDI “Índice positivo de malestar”. Las variaciones de peso no correlacionan significativamente con ninguno de los índices medidos por el SCL90-R.

Tabla 36. Correlaciones en Protocolo entre las variaciones de peso y las variaciones de los índices del SCL90-R a los 6 y a los 12 meses.

PROTOCOLO		<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Dif IGS 6m</i>	<i>Dif IGS 12m</i>	<i>Dif PST 6m</i>	<i>Dif PST 12m</i>	<i>Dif PSDI 6m</i>	<i>Dif PSDI 12m</i>
<i>Dif Peso 6m</i>	<i>Intervención</i>	0,760**	0,016	-0,074	0,073	-0,143	0,055	0,207
	<i>Control</i>	0,775**	0,095	-0,162	0,060	-0,234	0,236	0,032
<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Intervención</i>	---	-0,058	0,098	0,023	0,020	-0,013	0,246
	<i>Control</i>	---	0,115	0,112	0,013	-0,041	0,245	0,242
<i>Dif IGS 6m</i>	<i>Intervención</i>	---	---	0,407*	0,893**	0,431**	0,716**	0,303
	<i>Control</i>	---	---	0,616**	0,859**	0,498**	0,636**	0,546**
<i>Dif IGS 12m</i>	<i>Intervención</i>	---	---	---	0,379*	0,911**	0,269	0,668**
	<i>Control</i>	---	---	---	0,437**	0,875**	0,456**	0,734**
<i>Dif PST 6m</i>	<i>Intervención</i>	---	---	---	---	0,479**	0,438**	0,184
	<i>Control</i>	---	---	---	---	0,412**	0,327*	0,298
<i>Dif PST 12m</i>	<i>Intervención</i>	---	---	---	---	---	0,185	0,464**
	<i>Control</i>	---	---	---	---	---	0,313*	0,452**
<i>Dif PSDI 6m</i>	<i>Intervención</i>	---	---	---	---	---	---	0,345*
	<i>Control</i>	---	---	---	---	---	---	0,580**

Dif.: Diferencia. IGS: Índice sintomático general. PST: Total de respuestas positivas. PSDI: Índice positivo de malestar

. * p < 0,005. ** p < 0,001. Las correlaciones son Rho de Spearman

Se puede observar cómo la variación de los distintos índices del SCL90-R correlaciona con frecuencia en nuestra muestra, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control. El cambio en el índice IGS a los 6 meses correlaciona en de forma directa y significativa con la variación de todos los índices en los 2 momentos evaluados en el grupo control y en el grupo de intervención lo hace con todos excepto con la variación del índice PSDI a los 12 meses. La variación del índice IGS a los 12 meses correlaciona directa y significativamente con la variación del índice PST tanto a los 6 como a los 12 meses, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control; también correlaciona directa y significativamente con el índice PSDI a los 12 meses en el grupo de intervención y control; sin embargo a los 6 meses solo correlaciona con el PSDI en el cas del grupo control.

La variación del índice PST a los 6 meses correlaciona de forma directa y significativa con la variación del mismo índice a los 12 meses y con la variación a los 6 meses del índice PSDI en el grupo control. Finalmente, correlaciona en ambos grupos con la variación del índice PSDI al año. A los 12 meses la variación de este índice correlaciona con la variación a los 12 meses del índice PSDI en ambos grupos de estudio y sólo en el caso del grupo control también con la variación a los 6 meses del PSDI.

Por último, la variación a los 6 meses del índice PSDI correlaciona con la variación a los 12 meses de este mismo índice.

4.4.4 Variación del peso, motivación al cambio y adherencia a la Dieta Mediterránea.

En la Tabla 37 se presentan las correlaciones entre la diferencia de pesos a los 6 y 12 meses y las diferencias en la escala “Acción” del test R-URICA y la puntuación total del Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea.

Tabla 37. Correlaciones en Protocolo entre las variaciones de peso y las variaciones a los 6 y a los 12 meses de la escala “Acción” del R-URICA y la puntuación total de Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea.

PROTOCOLO		<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Dif Acción 6m</i>	<i>Dif Acción 12m</i>	<i>Dif TDM 6m</i>	<i>Dif TDM 12m</i>
<i>Dif Peso 6m</i>	<i>Intervención</i>	0,760**	-0,292	-0,115	-0,595**	-0,318*
	<i>Control</i>	0,775**	-0,107	-0,019	-0,096	0,041
<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Intervención</i>		-0,132	-0,044	-0,463**	-0,325*
	<i>Control</i>		0,138	-0,083	-0,069	-0,022
<i>Dif Acción 6m</i>	<i>Intervención</i>			0,633**	0,102	-0,194
	<i>Control</i>			0,521**	0,156	-0,080
<i>Dif Acción 12m</i>	<i>Intervención</i>				0,123	-0,012
	<i>Control</i>				-0,059	-0,124
<i>Dif TDM 6m</i>	<i>Intervención</i>					0,391*
	<i>Control</i>					0,511**

Dif.: Diferencia. TDM: Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea. * $p < 0,005$. ** $p < 0,001$.
Las correlaciones son Rho de Spearman

En el grupo de intervención la diferencia de peso tanto a los 6 como a los 12 meses correlaciona de forma inversa y significativa con el test de Adherencia a la Dieta Mediterránea, indicando que cuanto más se mejora la alimentación, mayor es la pérdida ponderal. Esta relación no es encontrada en el grupo control.

La variación de la escala “Acción” a los 6 meses correlaciona de forma positiva y significativa con la variación al año de esa misma escala, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control.

Finalmente, la variación en el test de Adherencia a la Dieta Mediterránea a los 6 meses correlaciona de forma directa y significativa con la variación a los 12 meses del mismo test, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control.

4.4.5 Variación del peso y calidad de vida relacionada con la salud.

En la Tabla 38 se presentan las correlaciones entre la diferencia de pesos a los 6 y 12 meses y las diferencias en los índices del SF36, esto es, el índice “*Resumen de Salud Física*” y el índice “*Resumen de Salud Mental*”.

La variación del peso tanto a los 6 como a los 12 meses, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control, correlaciona significativa e inversamente con el índice *Resumen de Salud Física*, indicando que, a mayor pérdida ponderal, mejor calidad de vida relacionada con la salud física. En el caso del grupo control, esta correlación se encuentra también con la variación del índice *Resumen de Salud Física* a los 6 meses.

Tabla 38. Correlaciones en Protocolo entre las variaciones de peso y las variaciones de los índices resumen del SF36 a los 6 y a los 12 meses.

PROTOCOLO		<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Dif Res S.Física 6m</i>	<i>Dif Res S. Física 12m</i>	<i>Dif Res S.Mental 6m</i>	<i>Dif Res S. Mental 12m</i>
<i>Dif Peso 6m</i>	<i>Intervención</i>	0,778**	-0,163	-0,467**	-0,281	-0,200
	<i>Control</i>	0,875**	-0,389**	-0,371*	0,001	0,040
<i>Dif Peso 12m</i>	<i>Intervención</i>		0,093	-0,436**	-0,215	-0,193
	<i>Control</i>		-0,347*	-0,446**	-0,015	-0,050
<i>Dif Resumen S.Física 6m</i>	<i>Intervención</i>			0,643**	-0,062	-0,358*
	<i>Control</i>			0,436**	-0,142	0,215
<i>Dif Resumen S. Física 12m</i>	<i>Intervención</i>				0,231	-0,145
	<i>Control</i>				-0,100	-0,208
<i>Dif Resumen S.Mental 6m</i>	<i>Intervención</i>					0,696**
	<i>Control</i>					0,620**

Dif.: Diferencia. Res S Física: Resumen Salud Física. Res S Mental: Resumen Salud Mental. * p < 0,005. ** p < 0,001.
Las correlaciones son Rho de Spearman

4.5 Análisis estratificado de la variable principal “efecto absoluto en el peso al año”

A continuación, se presenta el análisis por estratos del efecto absoluto del tratamiento en la variable primaria, esto es, el cambio de peso en kilogramos a los 12 meses. En el apartado 4.5.1 se presentan las tablas con los resultados del análisis estratificado en protocolo y en el apartado 4.5.2 se encuentran los valores en ITT. La descripción de los resultados se hará en común, dado que los resultados que arrojan el análisis en protocolo y en ITT son muy semejantes.

En general, se encontraron resultados similares en todos los estratos que tenían un tamaño evaluable, esto es, el grupo de intervención tenía una pérdida de peso significativamente mayor que el grupo control, tanto en ITT (efecto absoluto -2,6kg) como en protocolo (efecto absoluto -2,4 kg).

Como hallazgos relevantes encontramos que en el grupo de intervención la pérdida de peso es mayor cuanto más joven es la persona; mientras que en el grupo control la tendencia es la contraria, a mayor edad mayor pérdida ponderal.

Solo hay personas viudas en el grupo de intervención (n=5) y no podemos hacer comparación entre grupos, pero destaca que su pérdida de peso es especialmente grande -10,3 kg (RIC -15,7; -1,6), siendo los mismos valores en protocolo e ITT.

En relación con los tipos de obesidad, cuanto mayor es el grado de obesidad, mayor es la pérdida ponderal; observándose el mismo patrón en los 2 grupos de estudio.

Los sujetos que empezaron a ganar peso en la primera infancia (antes de los 5 años) no parecen perder peso ni en el grupo de intervención ni en el grupo control. Y en protocolo, además ganan peso, siendo esta subida ponderal mayor los del grupo control (+2,8, RIC -0,8; 7,6), que en el de intervención (+0,5, RIC -2,1;5,6).

Un resultado que encontramos sólo en protocolo es que a mayor cantidad de dietas realiza por los participantes, mayor es el efecto mediano absoluto entre grupos. Cuando se han hecho menos de 3 intentos de perder peso el efecto es de +2,7 (los sujetos del grupo de control pierden 2,7kg más que los del grupo control), cuando han realizado entre 3 y 5 intentos el efecto es de -2,9; cuando se han realizado más de 5 dietas el efecto es de -3,8 y en aquellos que se consideran en continuo estado de dieta el efecto es de -4,4.

Aunque sólo hay 9 personas en el estudio que se sometieron a cirugía bariátrica antes del estudio, muestran unos resultados llamativos. Los 4 sujetos aleatorizados al grupo de intervención perdieron peso (-3,0, RIC -8,7; -1,6); mientras que los asignados a grupo control ganaron peso (+5,7, RIC 0,6; 7,8), encontrándose un efecto mediano absoluto de -8,7 kg.

También destacan los efectos absolutos entregupos en sujetos diagnosticados de hipotiroidismo, donde las diferencias entre grupo de intervención y control son mayores de los encontrados habitualmente en la muestra, siendo el efecto mediano absoluto en protocolo de -7,9kg, y en ITT de -4,7.

El último hallazgo destacable lo encontramos sólo en protocolo. En el grupo de intervención, cuanto peor es la alimentación al inicio del estudio, mayor es la pérdida ponderal que se logra a los 12 meses. Mientras que el grupo control encontramos el patrón inverso, los sujetos con los percentiles más bajos en el test de adherencia a la dieta mediterránea ganaron peso a los 12 meses, y cuanto mejor era la alimentación al inicio, más peso se perdía. Esto hace que el efecto mediano absoluto entregupos en los sujetos que puntuaron en el KIDMED por debajo del percentil 33,3 fuera de -11,5, el mayor efecto absoluto encontrado en el análisis por estratos.

4.5.1 Análisis estratificado en Protocolo.

Tabla 39. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de variables sociodemográficas, en protocolo.

Protocolo	n	Intervención (n=38)	n	Control (n=43)	Diferencia medias	p
Global	38	-2,8 (-6,8; -0,9) ¹	43	-0,4 (-4,1; 3,9) ¹	-2,4	0,005**
Género						
Mujer	29	-2,7 (-7,3; 0,5) ¹	32	0,0 (-3,9; 4,4) ¹	-2,7	0,003**
Hombre	9	-2,9 (-6,9; 5,5) ¹	11	-0,4 (-5,3; 1,7) ¹	-2,5	1,000
Rangos de edad						
18 a 25 años	3	-6,6 (-15,9; ,) ¹	0			
26 a 40 años	9	-3,5 (-7,3; 6,4) ¹	15	0,1 (-13,6; 3,6) ¹	-3,4	1,000
41 a 55 años	14	-2,9 (-7,9; 0,9) ¹	21	-0,4 (-2,2; 6,4) ¹	-2,5	0,112
Mayor de 55 años	12	-2,3 (-5,6; -0,1) ¹	7	-3,3 (-13,5; 2,6) ¹	0,5	1,000
Estado Civil						
Casado/pareja	24	-3,0 (-6,6; 1,1) ¹	29	0,1 (-4,7; 5,7) ¹	-2,9	0,071
Soltero	7	0,7 (-6,6; 7,4) ¹	10	-0,6 (-7,4; 2,1) ¹	1,3	0,637
Separado	2	-1,4 (-1,4; -1,4) ¹	4	-1,0 (-3,1; 2,0) ¹	-0,4	0,467
Viudo	5	-10,3 (-15,7; -1,6) ¹	0			
Convivencia						
Fam. Origen	6	-1,1 (-8,9; 3,9) ¹	6	0,4 (-4,4; 2,7) ¹	-1,5	1,000
Fam. Propia	30	-3,0 (-7,4; -0,9) ¹	30	0,6 (-3,5; 5,7) ¹	-3,6	0,020*
Solo	2	6,4 (5,5; ,) ¹	7	-2,4 (-13,3; 0,4) ¹	8,8	0,167
Nivel de Estudios						
EGB/Primaria	10	-2,8 (-8,7; 0,9) ¹	14	-0,6 (-2,3; 2,7) ¹	-2,2	0,240
ESO/Secundaria	6	0,0 (-9,8; 4,1) ¹	8	0,7 (-1,9; 5,7) ¹	0,7	1,000
Bachiller/FP II	13	-3,1 (-6,4; -1,4) ¹	13	-0,2 (-10,4; 7,3) ¹	-2,9	0,115
Universidad	4	0,7 (-8,9; 6,9) ¹	9	-5,8 (-14,1; 5,8) ¹	6,5	1,000
Situación laboral						
Trabaja	18	-3,1 (-7,4; 1,8) ¹	23	1,1 (-5,3; 5,7) ¹	-4,2	0,151
Estudia	4	-2,9 (-13,6; 9,1) ¹				
Paro	8	-2,5 (-5,9; 0,4) ¹	13	-1,0 (-9,3; 1,1) ¹	-1,5	0,183
ILT	5	-1,4 (-15,7; 4,6) ¹	2	1,2 (-3,3; 0,0) ¹	-2,6	1,000
ILP	2	-2,6 (-2,7; ,) ¹	4	0,6 (-1,6; 2,3) ¹	-3,2	0,400
Jubilado	1	-3,1 (-3,1; -3,1) ¹	1	3,1 (3,1; 3,1) ¹	-6,2	1,000
No trabaja	20	-2,6 (-6,6; 1,1)	20	-0,9 (-3,9; 2,7)	-1,7	0,114

¹ Mediana y Rango intercuartil

*p < 0,05. **p < 0,01

Fam.: Familia. EGB: Educación General Básica. ESO: Educación secundaria obligatoria. ILT: Incapacidad laboral temporal. ILP: Incapacidad laboral permanente. FP II: Formación profesional de segundo grado o módulo de grado superior.

Tabla 40. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de variables relacionadas con el peso, en protocolo.

Protocolo	n	Completan grupo (n=38)	n	Control (n=43)	Diferencia medianas	P P.Mna
Global	38	-2,8 (-6,8; -0,9) ¹	43	-0,4 (-4,1; 3,9) ¹	-2,4	0,005**
Grado de obesidad						
<i>Tipo I</i>	6	-1,1 (-4,4; 1,1) ¹	5	2,8 (0,1; 9,1) ¹	-3,9	0,080
<i>Tipo II</i>	11	-1,4 (-6,5; 5,0) ¹	11	0,4 (-3,3; 5,7) ¹	-1,0	0,395
<i>Tipo III (mórbida)</i>	17	-3,0 (-7,3; 0,8) ¹	22	-0,6 (-5,4; 4,1) ¹	-2,4	0,250
<i>Tipo IV (extrema)</i>	4	-8,4 (-14,5; 0,7) ¹	5	-0,9 (-18,7 ; 2,4) ¹	-7,5	0,524
Edad subida peso						
<i>Feto macrosómico</i>	3	-6,3 (-6,3; ,) ¹	6	2,1 (-13,8; 8,0) ¹	-8,4	0,167
<i>1ª Infancia</i>	6	0,5 (-2,1; 5,6) ¹	11	2,8 (-0,8; 7,6) ¹	-2,3	0,592
<i>2ª Infancia</i>	8	-2,9 (-7,6; -1,5) ¹	8	-0,6 (-17,6; 3,0) ¹	-2,3	0,132
<i>Adolescencia</i>	10	-3,4 (-15,6; 2,3) ¹	6	0,9 (-4,4; 8,1) ¹	-4,3	0,608
<i>Juventud</i>	7	-2,7 (-10,3; 0,8) ¹	4	0,1 (-2,5; 3,6) ¹	-2,9	1,000
<i>Adulthood</i>	4	1,2 (-5,6; 6,2) ¹	11	-3,3 (-13,1; 0,4) ¹	2,1	1,000
Intentos perder peso						
<i>Ninguno</i>	0		1	-4,1 (-4,1; -4,1) ¹		
<i>De 1 a 2</i>	11	0,7 (-6,3; 5,6) ¹	11	-2,0 (-5,6; 3,6) ¹	2,7	1,000
<i>De 3 a 5</i>	13	-4,3 (-12,6; 1,0) ¹	16	-0,4 (-10,6; 4,1) ¹	-2,9	0,139
<i>Más de 5</i>	9	-3,0 (-8,8; -1,6) ¹	10	0,8 (-1,0; 6,3) ¹	-3,8	0,020*
<i>Siempre a dieta</i>	5	-2,7 (-3,0; 1,9) ¹	5	1,7 (-7,4; 7,8) ¹	-4,4	0,206
Intentos perder peso (recodificada)						
<i>De 0 a 2</i>	11	0,7 (-6,3; 5,6) ¹	11	-2,3 (-5,2; 3,5)	1,4	0,684
<i>De 3 a 5</i>	13	-4,3 (-12,6; 1,0) ¹	16	-0,4 (-10,6; 4,1) ¹	-2,9	0,139
<i>Más de 5/siempre dieta</i>	14	-2,8 (-6,8; -1,8)	15	1,3 (-1; 5,7)	-4,1	0,000**
Cirugía Bariátrica						
<i>No</i>	34	-2,7 (-6,8; 1,3) ¹	38	-0,6 (-5,3; 2,8) ¹	-2,1	0,034*
<i>Sí</i>	4	-3,0 (-8,7; -1,6) ¹	5	5,7 (0,6; 7,8) ¹	-8,7	0,048*

¹ Mediana y Rango intercuartil

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

Tabla 41. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de los antecedentes psiquiátricos, en protocolo.

<i>Protocolo</i>		<i>Intervención</i> <i>n</i> (n=38)	<i>Control</i> <i>n</i> (n=43)	<i>Diferencia</i> <i>medias</i>	<i>p</i>
Global		38 -2,8 (-6,8; -0,9) ¹	43 -0,4 (-4,1; 3,9) ¹	-2,4	0,005**
A.P.Psiquiátricos					
	No	8 -2,9 (-7,1; 0,4) ¹	10 0,3 (-5,1; 4,3) ¹	-3,2	0,153
	Sí	30 -2,6 (-7,0; 1,0) ¹	33 -0,8 (-4,7; 4,1) ¹	-2,2	0,032*
Ansiedad					
	No	25 -2,9 (-7,0; 0,9) ¹	31 -0,4 (-3,3; 5,7) ¹	-2,8	0,032*
	Sí	13 -2,1 (-7,2; 3,6) ¹	12 -0,1 (-6,0; 3,0) ¹	-2,0	0,115
Depresión					
	No	32 -2,9 (-6,7; 1,7) ¹	32 0,2 (-4,6; 5,4) ¹	-3,1	0,024*
	Sí	6 -2,4 (-11,7 ; -0,8) ¹	11 -0,9 (-4,1; 2,8) ¹	-1,5	0,131
T.Adaptativo					
	No	26 -2,9 (-6,6; 0,9) ¹	29 1,1 (-1,8; 3,7) ¹	-4,0	0,021*
	Sí	12 -2,6 (-10,3; 1,5) ¹	14 -2,3 (-5,8; 5,7) ¹	-0,3	1,000
TEPT					
	No	34 -2,9 (-6,8; 0,7) ¹	43 -0,4 (-4,1; 3,9) ¹	-2,5	0,004**
	Sí	4 2,0 (-11,9 ; 10,3) ¹	0		
Adicción					
	No	36 -2,8 (-7,1; 1,1) ¹	40 -0,4 (-3,9; 4,4) ¹	-2,4	0,012*
	Sí	2 -2,4 (-3,4; ,) ¹	3 1,3 (-13,6; ,) ¹	-3,7	0,400
TCA					
	No	27 -2,1 (-6,5; 1,2) ¹	32 -0,4 (-3,9; 4,4) ¹	-1,7	0,049*
	Sí	11 -3,5 (-10,3; 0,7) ¹	11 0,1 (-13,1; 2,8) ¹	-3,4	0,086
T.Personalidad					
	No	37 -2,7 (-6,6; 1,0) ¹	39 0,1 (-2,6; 4,6) ¹	-2,8	0,006**
	Sí	1 -10,5 (-10,5; -10,5) ¹	4 -5,4 (-12,4 ; 0,0) ¹	-5,1	1,000
¹ Mediana y RIC * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$					

.P.: Antecedentes personales. T.: Trastorno. TEPT: Trastorno por estrés postraumático. TUS: Trastorno por uso de sustancias. TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria.

Tabla 42. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función los antecedentes médico-somáticos, en protocolo.

<i>Protocolo</i>		<i>Intervención</i> <i>n</i> (n=38)	<i>Control</i> <i>n</i> (n=43)	<i>Diferencia</i> <i>medianas</i>	<i>p</i>
Global		38 -2,8 (-6,8; -0,9) ¹	43 -0,4 (-4,1; 3,9) ¹	-2,4	0,005**
A.P. Somáticos					
	No	6 -0,3 (-15,9 ; 5,8) ¹	6 -1,0 (-5,4; 0,6) ¹	0,7	1,000
	Sí	32 -2,9 (-6,6; 0,7) ¹	37 0,1 (-4,7; 5,1) ¹	-2,8	0,011*
HTA					
	No	15 0,7 (-7,9; 5,5) ¹	22 -0,7 (-8,4; 3,8) ¹	1,4	0,892
	Sí	23 -3,1 (-6,7; -2,0) ¹	21 0,1 (-2,9; 4,8) ¹	-3,0	0,016*
Dislipemia					
	No	25 -2,9 (-7,6; 0,7) ¹	24 0,0 (-11,5; 5,4) ¹	-2,9	0,032*
	Sí	13 -2,5 (-5,4; 2,4) ¹	19 -0,4 (-3,3; 2,8) ¹	-2,1	0,472
DM					
	No	34 -2,7 (-6,8; 1,1) ¹	30 0,7 (-4,7; 4,8) ¹	-2,0	0,024*
	Sí	4 -2,9 (-8,5; 0,2) ¹	13 -0,8 (-4,3; 2,2) ¹	-2,1	0,576
Alergia					
	No	29 -2,5 (-6,6; 1,5) ¹	35 0,4 (-2,4; 5,7) ¹	-2,9	0,132
	Sí	9 -6,3 (-8,5; 1,7) ¹	8 -5,0 (-13,5 ; 0,5) ¹	-1,3	1,000
Asma					
	No	35 -2,5 (-6,6; 1,2) ¹	36 0,2 (-3,0; 4,4) ¹	-2,3	0,043*
	Sí	3 -10,5 (-13,7; 0,0) ¹	7 -2,6 (-6,7; 1,7) ¹	7,9	0,167
Hipotiroidismo					
	No	27 -2,1 (-7,3; 1,2) ¹	36 -0,6 (-3,9; 3,0) ¹	-1,5	0,054
	Sí	11 -4,3 (-6,7; 0,3) ¹	7 3,6 (-5,6; 5,7) ¹	-7,9	0,335
Cáncer próstata					
	No	37 -2,9 (-7,0; 1,0) ¹	43 -0,4 (-4,1; 3,9) ¹	-2,5	0,007**
	Sí	1 -2,7 (-2,7 ; 2,7) ¹	0		
Cáncer mama/ovarios					
	No	37 -2,7 (-6,6; 1,0) ¹	42 -0,4 (-4,4; 3,7) ¹	-2,3	0,009**
	Sí	1 -13,7 (-13,7; -13,7) ¹	1 5,7 (5,7; 5,7) ¹	-19,4	1,000
SAOS					
	No	22 -2,9 (-7,4; 0,8) ¹	26 0,0 (-3,6; 4,0) ¹	-2,9	0,009**
	Sí	16 -2,3 (-7,1 ; 1,6) ¹	17 -0,4 (-4,7 - 4,6) ¹	-1,9	0,381
S. Ovario Poliquístico					
	No	36 -2,8 (-7,1; 1,1) ¹	40 -0,6 (-5,0; 3,7) ¹	-2,2	0,021*
	Sí	2 -2,4 (-3,5; .) ¹	3 3,6 (2,7; .) ¹	-5,0	0,400

¹ Mediana y Rango intercuartil
* p < 0,05. ** p < 0,01

P.: Antecedentes personales. HTA: Hipertensión arterial. DM: Diabetes mellitus. SAOS: Síndrome de apnea obstructiva del sueño. S.: Síndrome.

Tabla 43. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función los índices principales de los test psicométricos, en protocolo.

<i>Protocolo</i>	<i>n</i>	<i>Intervención</i> (n=38)	<i>n</i>	<i>Control</i> (n=43)	<i>Diferencia</i> <i>medianas</i>	<i>p</i>
Global	38	-2,8 (-6,8; -0,9) ¹	43	-0,4 (-4,1; 3,9) ¹	-2,4	0,005**
Riesgo TCA (EDI-3)						
<i>No</i>	20	-3,0 (-7,7 ; 0,8) ¹	22	-1,5 (-7,5 ; 3,7) ¹	-1,5	0,757
<i>Sí</i>	18	-2,6 (-6,5; 1,4) ¹	21	1,3 (-1,1; 5,7) ¹	-2,8	0,036*
Desajuste Psicológico						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	10	-2,5 (-4,7; 2,3)	16	-0,1 (-5,2; 5,2)	-2,4	0,688
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	16	-3,0 (-6,6; 0,3)	15	1,5 (-4,1; 6,3)	-4,5	0,066
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	12	-3,8 (-12,8; 1,6)	13	-1,0 (-3,9; 3,3)	-2,8	0,238
IGS del SCL90-R						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	16	-2,3 (-9,2; 2,9)	18	0,2 (-8,9; 6,3)	-2,5	0,450
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	10	-0,9 (-7,2; 2,6)	11	-2,9 (-3,5; 1,2)	2,0	0,372
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	12	-3,4 (-10,3; -1,4)	15	-0,4 (-4,1; 4,6)	-3,8	0,395
PST del SCL90-R						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	9	-3,0 (-5,0; 3,8)	17	0,4 (-2,6; 6,8)	-3,4	0,411
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	17	-2,7 (-8,8; 2,2)	13	-1,0 (-6,1; 3,7)	-1,7	0,462
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	12	-2,4 (-9,4; 0,2)	13	-0,8 (3,9; 3,3)	-1,6	0,238
PSDI del SCL90-R						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	12	-2,9 (-4,1; 0,7)	17	0,4 (-7,8; 4,4)	-3,3	0,264
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	13	-2,7 (-7,6; 4,5)	15	1,3 (-2,6; 4,6)	-4,0	0,449
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	13	-2,5 (-12,0; 0,2)	11	-2,4 (-13,1; 2,7)	-0,1	1,000
Acción (R-URICA)						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	16	-2,7 (-7,5; 0,2)	12	-0,6 (-2,1; 4,1)	-2,1	0,020*
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	14	-1,2 (-7,5; 4,1)	18	1,8 (-3,8; 5,7)	-3	0,722
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	8	-5,4 (-7,1; -1,5)	13	-1,0 (-13,3; 2,4)	-4,4	0,659
Dieta Mediterránea						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	9	-7,9 (-13,2; -0,1)	15	3,6 (-2,4; 5,7)	-11,5	0,089
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	14	-3,2 (-7,9; 5,5)	16	-0,7 (-5,5; 2,8)	-2,5	0,715
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	15	-1,4 (-3,1; 0,8)	12	-0,9 (-10,6; 2,2)	-0,5	0,449

¹ Mediana y Rango intercuartil
* p < 0,05. ** p < 0,01

TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria, EDI-3: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, 3ª edición. SCL90-R: Cuestionario de 90 síntomas revisado. IGS: Índice global de severidad. PST: Total de síntomas positivos. PSDI: Índice positivo de malestar. R-URICA: Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island, revisada.

4.5.2 Análisis estratificado en intención de tratamiento (ITT)

Tabla 44. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de variables sociodemográficas, en ITT.

ITT	n	Intervención (n=46)	n	Control (n=61)	Diferencia medias	p
Global	46	-2,6 (-6,8; -0,9) ¹	61	0,0 (-3,7; 3,7) ¹	-2,6	0,014*
Género						
Mujer	34	-2,6 (-7,0; 0,5) ¹	41	0,0 (-3,1; 4,0) ¹	-2,6	0,025*
Hombre	12	-2,1 (-7,1; 5,1) ¹	20	0,0 (-6,6; 1,5) ¹	-2,1	0,715
Rangos de edad						
18 a 25 años	4	-8,4 (-14,5 ; -1,1) ¹	0			
26 a 40 años	12	-2,4 (-6,6; 5,1) ¹	21	0,1 (-5,8; 3,7) ¹	-2,3	0,818
41 a 55 años	17	-2,9 (-8,2; 1,0) ¹	29	0,0 (-2,5; 5,7) ¹	-2,9	0,222
Mayor de 55 años	13	-2,1 (-4,8; 0,3) ¹	11	-2,6 (-13,1 ; 0,4) ¹	0,5	1,000
Estado Civil						
Casado/pareja	27	-2,9 (-6,5; 0,8) ¹	41	0,0 (-4,5; 5,1) ¹	-2,9	0,047*
Soltero	11	0,7 (-6,6; 5,5) ¹	12	-0,2 (-4,4; 1,6) ¹	0,9	0,414
Separado	3	-1,4 (-9,2; ,) ¹	8	-1,2 (-3,2; 0,3) ¹	-0,1	0,236
Viudo	5	-10,3(-15,7; -1,6) ¹	0			
Convivencia						
Fam. Origen	9	0,7 (-8,4; 3,9) ¹	8	0,0 (-0,8; 1,6) ¹	0,7	0,637
Fam. Propia	35	-2,9 (-7,3; 0,3) ¹	43	0,0 (-3,3; 4,6) ¹	-2,9	0,003**
Solo	2	6,4 (5,5; ,) ¹	10	-1,6 (-13,3; 1,2) ¹	8,0	0,455
Nivel de Estudios						
EGB/Primaria	11	-2,7 (-6,5; 0,8) ¹	24	-0,2 (-3,1; 2,4) ¹	-2,5	0,539
ESO/Secundaria	8	-0,1 (-9,6; 3,9) ¹	10	0,7 (-2,8; 5,7) ¹	-0,8	1,000
Bachiller/FP II	14	-3,2 (-6,4; -1,4) ¹	15	0,4 (-2,9; 7,6) ¹	-3,6	0,066
Universidad	13	0,4 (-8,7; 5,7) ¹	12	0,0 (-11,9; 2,9) ¹	0,4	0,428
Situación laboral						
Trabaja	23	-1,4 (-6,7; 3,9) ¹	31	0,4 (-2,6; 5,7) ¹	-1,8	0,386
Estudia	5	-6,6 (-13,6; 6,3) ¹				
Paro	9	-3,0 (-7,8; -0,4) ¹	20	-1,0 (-5,2; 0,3) ¹	-2,0	0,109
ILT	5	-1,4 (-15,7; 4,6) ¹	2	1,2 (-3,3; ,) ¹	-2,6	1,000
ILP	3	-2,5 (-2,7; ,) ¹	5	-0,4 (-9,2; 2,1) ¹	-2,1	1,000
Jubilado	1	-3,1 (-3,1; 3,1) ¹	3	0,0 (-7,0; ,) ¹	-3,1	1,000
No trabaja	28	-2,0 (-6,6; 1,9)	30	-0,9 (-4,5; 1,9)	-1,1	0,431

¹ Mediana y Rango intercuartil

*p < 0,05. **p < 0,01

Fam.: Familia. EGB: Educación General Básica. ESO: Educación secundaria obligatoria. ILT: Incapacidad laboral temporal. ILP: Incapacidad laboral permanente. FP II: Formación profesional de segundo grado o módulo de grado superior.

Tabla 45. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de variables relacionadas con el peso, en ITT.

ITT	Intervención		Control		Diferencia medianas	p
	n	(n=46)	n	(n=61)		
Global	46	-2,6 (-6,8; -0,9) ¹	61	0,0 (-3,7; 3,7) ¹	-2,6	0,014*
Grado de obesidad						
Tipo I	9	-2,9 (-8,2; 0,7) ¹	7	1,3 (-1,0; 8,3) ¹	-4,2	1,000
Tipo II	12	-1,3 (-5,6; 4,7) ¹	15	0,4 (-2,9; 4,2) ¹	-1,7	0,704
Tipo III (mórbida)	20	-2,8 (-6,6; 2,8) ¹	32	-0,2 (-5,2; 3,6) ¹	-2,6	0,046*
Tipo IV (extrema)	5	-6,6 (-13,1 ; 0,1) ¹	7	-0,9 (-14,3 ; 1,7) ¹	-5,7	1,000
Edad subida peso						
Feto macrosómico	4	-4,4 (-6,5; 2,4) ¹	8	2,1 (-10,2; 6,6) ¹	-6,5	0,545
1ª Infancia	7	-0,3 (-4,3; 3,6) ¹	11	0,0 (-0,9; 5,7) ¹	-0,3	1,000
2ª Infancia	9	-3,0 (-7,3; -1,7) ¹	9	-0,4 (-12,0; 2,4) ¹	-2,6	0,057
Adolescencia	12	-3,4 (-13,9; 1,0) ¹	10	0,0 (-4,3; 4,3) ¹	-3,4	0,198
Juventud	9	-2,1 (-10,0; 1,3) ¹	8	0,1 (-2,6; 4,1) ¹	-2,1	1,000
Adultez	5	-1,4 (-4,8; 6,0) ¹	15	-3,3 (-13,1 ; 0,4) ¹	1,9	1,000
Intentos perder peso						
Ninguno	1	-10,2 (-10,2; -10,2) ¹	2	-2,0 (-4,1; ,) ¹	-8,2	1,000
De 1 a 2	14	-0,5 (-4,1; 5,5) ¹	18	-1,0 (-5,9; 3,7) ¹	0,5	0,285
De 3 a 5	16	-3,9 (-9,2; -3,9) ¹	19	-0,4 (-7,0; 4,6) ¹	-3,5	0,388
Más de 5	10	-4,8 (-9,5; -1,8) ¹	16	0,0 (-1,0; 3,7) ¹	-4,8	0,005**
Siempre a dieta	5	-2,7 (-3,0; 1,9) ¹	6	0,8 (-4,3; 6,7) ¹	-3,5	0,015*
Cirugía Bariátrica						
No	42	-2,3 (-6,8; 1,3) ¹	56	0,0 (-4,7; 2,8) ¹	-2,3	0,066
Sí	4	-3,0 (-8,7; -1,6) ¹	5	5,7 (0,6; 7,8) ¹	-8,7	0,048*

¹ Mediana y Rango intercuartil

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

Tabla 46. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de los antecedentes psiquiátricos, en ITT.

<i>ITT</i>		<i>Intervención</i> (n=46)	<i>Control</i> (n=61)	<i>Diferencia medianas</i>	<i>p</i>
Global		46	61	-2,6	0,014*
A.P. Psiquiátricos					
	No	11	18	-2,9	0,249
	Sí	35	43	-2,5	0,101
Ansiedad					
	No	32	47	-2,8	0,049*
	Sí	14	14	-1,4	0,257
Depresión					
	No	40	50	-2,7	0,085
	Sí	6	11	-1,5	0,131
T. Adaptativo					
	No	30	44	-2,5	0,052
	Sí	16	17	-0,6	0,858
TEPT					
	No	41	60	-2,7	0,019*
	Sí	5	1	-1,4	1,000
TUS					
	No	44	56	-2,6	0,041*
	Sí	6	5	-3,7	0,429
TCA					
	No	33	47	-2,0	0,069
	Sí	13	14	-3,5	0,128
T. Personalidad					
	No	45	56	-2,5	0,021*
	Sí	1	5	-5,2	1,000

¹ Mediana y Rango intercuartil

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

A.P.: Antecedentes personales. T.: Trastorno. TEPT: Trastorno por estrés postraumático. TUS: Trastorno por uso de sustancias. TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria.

Tabla 47. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función de los antecedentes médico-somáticos, en ITT.

<i>ITT</i>		<i>Intervención</i> (n=46)	<i>n</i>	<i>Control</i> (n=61)	<i>Diferencia</i> <i>medianas</i>	<i>p</i>	
<i>Global</i>		46	-2,6 (-6,8; -0,9) ¹	61	0,0 (-3,7; 3,7) ¹	-2,6	0,014*
<i>A.P.Somáticos</i>							
	<i>No</i>	7	-1,4 (-15,9 ; 5,6) ¹	8	-0,5 (-2,0; 1,1) ¹	-0,9	1,000
	<i>Sí</i>	39	-2,7 (-6,6; 0,8) ¹	53	0,0 (-4,5; 4,0) ¹	-2,7	0,011*
<i>HTA</i>							
	<i>No</i>	18	0,5 (-8,5; 5,1) ¹	30	0,0 (-5,6; 2,9) ¹	0,5	0,454
	<i>Sí</i>	28	-2,9 (-6,6; -1,3) ¹	31	0,0 (-3,3; 4,1) ¹	-2,9	0,026*
<i>Dislipemia</i>							
	<i>No</i>	31	-2,9 (-7,9; 0,8) ¹	33	0,0 (-3,6; 5,1) ¹	-2,9	0,003**
	<i>Sí</i>	15	-1,4 (-4,3; 1,2) ¹	28	-0,6 (-3,9; 2,4) ¹	-0,8	0,911
<i>DM</i>							
	<i>No</i>	39	-2,9 (-7,3; 0,8) ¹	44	0,4 (-2,8; 4,1) ¹	-2,5	0,003**
	<i>Sí</i>	7	-0,3 (-3,1; 1,2) ¹	17	-0,8 (-5,4; 2,2) ¹	0,5	1,000
<i>Alergia</i>							
	<i>No</i>	36	-1,7 (-6,2; 1,7) ¹	48	0,0 (-2,3; 4,5) ¹	-1,7	0,728
	<i>Sí</i>	10	-6,4 (-9,3; 1,8) ¹	13	-2,9 (-13,5 ; 0,2) ¹	-3,5	0,680
<i>Asma</i>							
	<i>No</i>	43	-2,1 (-6,6; 1,2) ¹	52	0,2 (-3,2; 4,0) ¹	-1,9	0,075
	<i>Sí</i>	3	-10,5 (-13,7; ,) ¹	9	-2,6 (-6,1; 0,8) ¹	7,9	0,182
<i>Hipotiroidismo</i>							
	<i>No</i>	34	-1,7 (-7,4; 1,8) ¹	50	0,0 (-3,5; 3,3) ¹	-1,7	0,120
	<i>Sí</i>	12	-4,7 (-6,7; -0,4) ¹	11	0,0 (-5,6; 4,6) ¹	-4,7	0,220
<i>Cáncer próstata</i>							
	<i>No</i>	45	-2,5 (-7,0; 1,0) ¹	61	0,0 (-3,7; 3,7) ¹	-2,5	0,018*
	<i>Sí</i>	1	-2,7 (-2,7 ; 2,7) ¹	0			
<i>Cáncer mama/ovarios</i>							
	<i>No</i>	43	-2,7 (-6,7; 0,8) ¹	60	0,0, (-3,9; 3,4) ¹	-2,7	0,011*
	<i>Sí</i>	3	0,3 (-13,7; 0,0) ¹	1	5,7 (5,7; 5,7) ¹	-5,4	1,000
<i>SAOS</i>							
	<i>No</i>	28	-2,9 (-8,5; 1,0) ¹	35	0,0 (-2,6; 3,9) ¹	-2,9	0,030*
	<i>Sí</i>	18	-1,7 (-6,7 ; -1,0) ¹	26	-0,2 (-5,4 - 3,7) ¹	-1,5	0,358
<i>S. Ovario Poliquístico</i>							
	<i>No</i>	44	-2,6 (-7,1; 1,1) ¹	58	0,0 (-4,3; 3,3) ¹	-2,6	0,043*
	<i>Sí</i>	2	-2,4 (-3,5; ,) ¹	3	3,6 (2,7; ,) ¹	-5,0	0,400

¹ Mediana y Rango intercuartil

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

A.P.: Antecedentes personales. HTA: Hipertensión arterial. DM: Diabetes mellitus. SAOS: Síndrome de apnea obstructiva del sueño. S.: Síndrome.

Tabla 48. Análisis estratificado del efecto absoluto del peso al año en función los índices principales de los test psicométricos, en ITT.

<i>ITT</i>	<i>n</i>	<i>Intervención</i> (n=46)	<i>n</i>	<i>Control</i> (n=61)	<i>Diferencia</i> <i>medias</i>	<i>p</i>
Global	46	-2,6 (-6,8; -0,9) ¹	61	0,0 (-3,7; 3,7) ¹	-2,6	0,014*
Riesgo TCA (EDI-3)						
<i>No</i>	23	-2,1 (-7,3 ; 0,8) ¹	28	-2,6 (-11,6 ; 2,2) ¹	0,5	0,899
<i>Sí</i>	23	-2,7 (-6,6; 1,2) ¹	33	0,1 (-0,8; 4,9) ¹	-2,8	0,104
Desajuste Psicológico						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	19	-0,9 (-3,1; 2,6)	19	-0,4 (-5,6; 4,1)	-0,5	1,000
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	20	-2,6 (-6,2; 3,7)	19	0,0 (-6,7; 5,7)	-2,6	0,150
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	18	-0,7 (-7,6; 2,3)	23	0,0 (-2,4; 2,7)	-0,7	0,759
GSI del SCL90-R						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	20	-1,3 (-7,6; 2,9)	22	0,2 (-5,9; 5,8)	-1,1	0,751
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	16	0,0 (-4,6; 1,3)	18	-1,0 (-4,2; 2,8)	1,0	0,870
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	19	-1,4 (-6,3; 1,9)	23	-0,4 (-4,1; 4,2)	-1,8	0,621
PST del SCL90-R						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	17	0,0 (-5,0; 3,7)	22	0,2 (-2,3; 5,8)	-0,2	0,888
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	20	-2,6 (-7,6; 0,7)	18	-0,7 (-5,9; 4,3)	-3,3	0,330
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	20	-0,6 (-6,0; 1,7)	21	0,0 (-3,9; 2,1)	-0,6	0,443
PSDI del SCL90-R						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	18	-0,7 (-3,2; 1,5)	23	0,1 (-4,9; 4,1)	-0,6	0,860
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	21	-0,9 (-6,9; 4,2)	17	-0,4 (-3,7; 4,2)	-1,3	1,000
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	18	-2,3 (-9,5; 1,4)	21	0,0 (-3,9; 1,5)	-2,3	0,145
Acción (R-URICA)						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	21	-1,4 (-4,8; 2,3)	15	-0,4 (-2,4; 4,6)	-1,0	0,499
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	21	0,3 (-5,0; 4,2)	25	0,0 (-5,1; 3,7)	0,3	0,554
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	15	-3,2 (-6,7; 8,8)	21	0,0 (-6,3; 3,6)	-3,2	0,176
Dieta Mediterránea						
<i>P₀-P_{33,3}</i>	19	-0,9 (-7,9; 1,2)	22	0,9 (-2,4; 5,7)	-1,8	0,412
<i>P_{33,4}-P_{66,6}</i>	18	-2,8 (-6,8; 4,8)	22	-0,7 (-7,5; 1,6)	-2,1	0,751
<i>P_{66,7}-P_{99,9}</i>	20	-1,3 (-3,3; 1,6)	17	-0,4 (-2,3; 3,3)	-0,9	0,879

¹ Mediana y Rango intercuartil

p* < 0,05. *p* < 0,01

A.P.: Antecedentes personales. T.: Trastorno. TEPT: Trastorno por estrés posttraumático. TUS: Trastorno por uso de sustancias. TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria.

5 DISCUSIÓN

En la discusión comenzaremos revisando los resultados en la variable primaria “diferencia de peso, en kilogramos, entre el peso al inicio del estudio y el peso a los 12 meses”, para después pararnos a describir los efectos de la intervención sobre los aspectos que hemos planteado como nucleares en la patología alimentaria, a saber, la alteración del patrón alimentario, la dificultad en regulación emocional, la insatisfacción corporal y la interferencia en la calidad de vida relacionada con la salud. Continuaremos haciendo unas reflexiones finales sobre la efectividad de la intervención en nuestros pacientes y sobre la importancia de implementar medidas de humanización en la atención sanitaria de las personas con obesidad. Para concluir, se plantearán las limitaciones del estudio, así como las propuestas de mejora, tanto a nivel del programa de intervención como a nivel de investigación aplicada.

5.1 Análisis de los datos antropométricos.

Los pacientes que de nuestro estudio tienen niveles de obesidad bastante elevados, siendo el IMC inicial promedio 41,4 kg/m² en el grupo de intervención y 42,8 kg/m² en el grupo control, sin diferencias significativas entre ambos, se colocan en un grado de obesidad tipo III u obesidad mórbida. Teniendo en cuenta que todas las personas de nuestra área de salud que tienen un IMC mayor o igual a 30 son igualmente candidatas al estudio podemos plantearnos varias opciones para interpretar este dato: que los endocrinos solo estén derivando a psiquiatría a los pacientes más graves, que sólo los pacientes más graves aceptan ir a psiquiatría cuando se les plantea la derivación, que sólo los pacientes más graves son los que aceptan realizar una intervención intensiva que implica acudir semanalmente al hospital durante meses, ...

O puede que el dato simplemente esté reflejando que los niveles de obesidad en Vallecas son más altos y más graves de lo habitual, no olvidemos que la obesidad se ha asociado de forma robusta a situaciones de desventaja socioeconómica (19, 28) y nuestra área de salud se considera una de las más desfavorecidas de Madrid (16): los 2 distritos de nuestra área sanitaria, Puente de Vallecas y Villa de Vallecas, son los distritos que ocupan los lugares 1º y 5º de los más afectados por el desempleo, con tasas de paro del 10,95% y 9,23% respectivamente; y respecto de la renta media por hogar Puente de Vallecas es el distrito de Madrid con menor renta (24.688€/año) y Villa de Vallecas es el 6º por la cola (30.170€/año).

Respecto de los cambios de peso a raíz del tratamiento, encontramos que el grupo control no presenta variación significativa en el peso ni a los 6 meses ni a los 12. Se podría plantear que no ha habido efecto de la intervención estándar, pero existe la posibilidad de que si no hubieran hecho el tratamiento subieran subido de peso. En el estudio de Stahre (162), compararon un tratamiento grupal con un grupo de sujetos en lista de espera sin tratamiento, siendo éstos últimos monitorizados en el peso y mostrando una subida media de 2,3 kg a los 18 meses. En cualquier caso, no haber perdido nada de peso tras un año en un programa especializado es un resultado pobre, que debe llevarnos a replantearnos qué podemos hacer para mejorar las cosas. Una reflexión podría estar en la frecuencia de las citas, pues quizá acudir al año 1,4 veces al endocrino, 2,8 veces al nutricionista, 3,1 veces al psiquiatra, 3,7 veces al psicólogo y 1 vez a un grupo psicoeducativo no sea suficiente para lograr una pérdida ponderal significativa.

Por otra parte, encontramos que el grupo de intervención pierde significativamente más peso que el grupo control, siendo además esta pérdida estadísticamente significativa tanto a los 6 meses (-2,0 kg, RIC -5,8; 0,1), como a los 12 meses (-2,8 kg, RIC -6,8; 0,9), que no sólo mantuvieron la pérdida ponderal lograda, sino que además continuaron perdiendo peso progresivamente. Podemos, por tanto, concluir que el Programa PsicoObe es eficaz para perder peso, a los 6 y a los 12 meses de seguimiento; quedando con esto **confirmada la primera hipótesis del estudio: “Los pacientes obesos que hagan la intervención grupal (grupo experimental) experimentarán una pérdida ponderal mayor que los pacientes en los que no se realice la intervención grupal (grupo control)”**.

Cabe destacar que, aunque los pacientes que acuden a la terapia grupal pierden peso, esta pérdida es de carácter leve. Este dato es coherente tanto con los estudios publicados como con el tipo de tratamiento implementado. En la literatura se ha descrito que las pérdidas ponderadas asociadas a tratamientos psicológicos grupales son, en general, leves; aunque hay mucha variabilidad entre los estudios (155-160). Por ejemplo, Nauta y colaboradores (157, 161) observaron pérdidas de 3 kg en terapia conductual y de 0,3 kg en terapia cognitiva tras 15 sesiones de 2,5 h de terapia grupal; mientras que otros autores como Stahre y colaboradores (162) con una intervención grupal cognitivo-conductual de 30 horas en 10 semanas lograron pérdidas de 10,4kg a los 18 meses de seguimiento.

Por otra parte, los efectos absolutos en el peso en el grupo control nos parecen coherentes con el tipo de intervención psicológica que hemos planteado. El Programa PsicoObe no es un programa conductual para perder peso, sino que está dirigido a que la persona con

obesidad tome conciencia de cómo los aspectos psicológicos interfieren en el proceso de pérdida de peso y que aprenda a manejarse con estos aspectos. De hecho, nuestro planteamiento es que no hagan “dieta” porque las dietas son uno de los factores de mantenimiento más importantes de los TCA, sino que deben de comer de forma sana y equilibrada pues, a pesar de que las pérdidas serán más lentas, será más fácil que se mantengan en el tiempo. Pero quizá si la intervención intensiva psicológica se hubiera acompañado de un seguimiento nutricional más frecuente, los resultados en el peso hubieran sido mejores. También es plausible que la pérdida de peso haya sido leve puesto que, como decíamos al inicio del apartado, trabajamos con una población especialmente grave a nivel de peso, seguramente en relación con la situación económica deprimida en la que se encuentra el área de influencia del HUIL. Sería interesante poder comparar nuestros resultados con la implementación del programa de intervención en un área menos desfavorecida.

En cualquier caso podemos concluir que el tratamiento grupal “PsicoObe” es eficaz para perder peso, siendo más coste-eficiente que la psicoterapia individual, dado que con los mismos profesionales se puede atender de forma intensiva a más pacientes.

A continuación, presentamos otros hallazgos interesantes del estudio con relación al peso. Por un lado, se ha encontrado una elevada, positiva y significativa correlación entre el cambio de peso a los 6 meses y el observado a los 12 meses, tanto en grupo de intervención como en grupo control. Resultado también encontrado en algunos estudios (237). Esto podría tener una implicación terapéutica importante, y es que hacer una reevaluación del caso a los 6 meses nos puede ayudar a valorar si la intervención está siendo eficaz, para mantenerla en caso afirmativo y modificarla en el caso de que no esté evolucionando favorablemente.

En relación con los tipos de obesidad, cuanto mayor es el grado de obesidad, mayor es la pérdida ponderal; observándose el mismo patrón en los 2 grupos de estudio.

Respecto de las personas que al menos 2 años antes del inicio del estudio se habían sometido a cirugía bariátrica encontramos también unos resultados llamativos. Aunque sólo hay 9 personas en esta condición, parece tras la cirugía es especialmente recomendable el grupo de terapia pues, los 4 sujetos aleatorizados al grupo de intervención perdieron peso (-3,0, RIC -8,7; -1,6); mientras que los asignados a grupo control ganaron peso (+5,7, RIC 0,6; 7,8), encontrándose un efecto mediano absoluto de -8,7 kg. Dado que las alteraciones psicológicas asociadas a obesidad persisten e incluso empeoran tras la cirugía bariátrica (si lo pensamos tiene todo el sentido del mundo pues de un día para otro se deja a la persona sin su principal

recurso de regulación emocional, la comida), es común la recomendación de realizar una intervención psicológica post-cirugía (238, 239). Se ha visto que los grupos psicoeducativos post-cirugía mejoran las puntuaciones en depresión y aumentan la autoeficacia (240). Y nuestros resultados muestran que nuestro grupo de psicoterapia intensivo favorece la evolución en el peso de las personas operadas de cirugía bariátrica.

5.2 Efectos de la intervención sobre la conducta alimentaria.

Los efectos de la intervención sobre la conducta alimentaria los vamos a inferir de los resultados de dos cuestionarios distintos; por un lado, el Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea (KIDMED) nos va a permitir conocer hasta qué punto ha mejorado la alimentación de los participantes en el estudio y si una mejor alimentación se relaciona con una mayor pérdida de peso; y, por otro lado, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª edición (EDI-3) nos va a permitir ver hasta qué punto estaba alterada la conducta alimentaria al inicio del estudio y cómo ha respondido a la intervención.

Mejora de la alimentación previa.

Respecto del patrón alimentario, sólo se evaluó para el estudio el grado de Adherencia a la Dieta Mediterránea. Si bien no registrar ni monitorizar ocurrencia y/o frecuencia de atracones supone una limitación para el estudio, dado que no permite comparar nuestros resultados con numerosa literatura científica que define un perfil diferencial en el tratamiento de la obesidad, es perfectamente congruente con nuestra filosofía de tratamiento donde el énfasis inicial no se pone en eliminar las transgresiones, sino en aprender a cuidarse, lo cual implica corregir el estado de malnutrición con una alimentación sana, equilibrada y variada. Así como aceptar, sin juicio ni culpa, que los síntomas alimentarios cumplen funciones de regulación emocional y por eso no pueden eliminarlos sin más sólo con empeño, fuerza de voluntad y motivación. Por supuesto, posteriormente se trabajará para disminuir y finalmente eliminar los atracones. Pero centrarnos inicialmente en ellos, en personas con un elevado nivel de autocrítica, sólo hace que aumenten los juicios, los sentimientos de culpa y que se siga bloqueando el proceso de cambio. Por estos motivos decidimos no evaluar los atracones al inicio del estudio, y simplemente confiar en que la aleatorización repartiría a los sujetos en los grupos de estudio de forma equilibrada.

Los resultados de nuestro estudio apuntan a que los pacientes que realizaron el programa de intervención grupal mejoraron significativamente su alimentación a los 6 meses (+1,2; $p<0,01$), manteniendo dicha mejora de la alimentación a los 12 meses (+1,1, $p<0,01$). Mientras que los pacientes del grupo control no mejoraron su alimentación, ni a los 6 meses ni a los 12. Los efectos medios absolutos entregupos no fueron significativos.

Elegimos el Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea para evaluar la alimentación porque era un cuestionario de cribado sencillo que, aunque desarrollado para población infantil, parecía estar mostrando adecuadas propiedades psicométricas en su evaluación de personas adultas. Sin embargo, al analizar los datos descriptivos nos dimos cuenta de que casi todos los sujetos se ubicaban en la categoría “dieta mediterránea óptima” y que podíamos encontrarnos ante un efecto techo que limitaría la utilidad del cuestionario. Optamos por realizar una nueva división de la puntuación total cuantitativa mediante terciles, encontrando datos interesantes sólo en aquellos sujetos que habían realizado la intervención psicoterapéutica grupal. En concreto, en el grupo de intervención en protocolo, cuanto peor era la alimentación al inicio del estudio, mayor es la pérdida ponderal que se logra a los 12 meses. Mientras que el grupo control encontramos el patrón inverso, los sujetos con los percentiles más bajos en el test de adherencia a la dieta mediterránea ganaron peso a los 12 meses, y cuanto mejor era la alimentación al inicio, más peso se perdía. Esto hace que el efecto mediano absoluto entregupos en los sujetos que puntuaron en el KIDMED por debajo del percentil 33,3 fuera de -11,5, el mayor efecto absoluto encontrado en el análisis por estratos. Estos resultados apuntan a que los sujetos que peor comen cuando realizan el grupo de terapia mejoran su forma de comer de forma importante llevándolos a una pérdida ponderal significativa, en concreto el efecto mediano absoluto fue de -7,9 kg con un RIC -13,2: -0,1. Y cuanto mejor era la alimentación al inicio, menos mejoras obtenían de seguir mejorando su alimentación, aunque en los 3 subgrupos, el realizar el tratamiento de grupo redundaba en pérdida de peso. Sin embargo en el grupo control, donde no se enfatiza de la misma manera la importancia de “aprender a cuidarse”, los sujetos que más peso perdían eran los que mejor se alimentaban ya de inicio, encontrando que los sujetos que se colocaban en el primer tercil ganaban peso, siendo el efecto mediano absoluto de +3,6 kg (RIC -2,4; 5,7).

Otro resultado que apoya la idea de que los sujetos del grupo de intervención bajaron de peso gracias a adecuar más su alimentación a la dieta mediterránea son las correlaciones. En el grupo de intervención la diferencia de peso tanto a los 6 como a los 12 meses correlaciona

de forma inversa y significativa con el test KIDMED, indicando que cuanto más se mejora la alimentación, mayor es la pérdida ponderal. Esta relación no es encontrada en el grupo control.

Un resultado que encontramos sólo en protocolo es que a mayor cantidad de dietas realiza por los participantes, mayor es el efecto mediano absoluto entregrupos. Cuando se han hecho menos de 3 intentos de perder peso el efecto es de +2,7 (los sujetos del grupo de control pierden 2,7kg más que los del grupo control), cuando han realizado entre 3 y 5 intentos el efecto es de -2,9; cuando se han realizado más de 5 dietas el efecto es de -3,8 y en aquellos que se consideran en continuo estado de dieta el efecto es de -4,4. Dicho de otra forma, cuantos más intentos previos de perder peso se han hecho, más beneficioso resulta hacer la intervención grupal frente a mantenerse en el grupo control. Latner y cols., 2014 (188) plantearon tras realizar un estudio prospectivo no controlado ni randomizado que el número de intentos de perder peso predice un mejor resultado de pérdida ponderal. Sin embargo, si la variable predictora es sólo el número de intentos previos de perder peso deberíamos haber encontrado el mismo patrón en el grupo control que en el grupo de intervención, pero no fue así. Y nosotros planteamos una explicación alternativa.

Las personas que llegan a nuestro programa, como probablemente la mayoría de la población general y, tristemente, muchos profesionales sanitarios piensan que para perder peso lo que hay que hacer es dieta y restringir, sin ser conscientes que, en parte, es la situación de malnutrición en la que viven los obesos la que les dificulta perder peso. Cuando nosotros planteamos que no hay que hacer dieta, sino cuidarse, y que, además, no hay que luchar contra las transgresiones, sino aceptarlas; vamos en contra de todo un sistema de creencias bien enraizado sobre lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer para adelgazar. En este contexto, es probable que los que se arriesguen a fiarse de nosotros e ir en contra de unas creencias personales y culturales tan asentadas son los que ya han podido experimentar en primera persona los efectos a largo plazo de los intentos repetidos de hacer dieta: pierden unos kilos con mucho esfuerzo y en cuanto se relajan recuperan todo lo perdido con algún kilo de regalo, por otra parte, cada vez tienen que hacer más esfuerzo para perder menos peso, cada vez se sienten más frustrados e incapaces de cambiar.

Mejora en el patrón de conducta alterado.

La otra forma que el estudio nos permite conocer los efectos de la intervención sobre el patrón de conducta alimentaria alterado es el análisis de los resultados mostrados por el EDI-3, especialmente, la escala de Bulimia (B) y el índice Riesgo de TCA (EDRC).

Sólo con mirar el gráfico podemos observar que las puntuaciones en las escalas clínicas del EDI-3, “obsesión por la delgadez” (DT), “bulimia” (B) e “insatisfacción corporal” (BD), están bastante elevadas en nuestra muestra; y con ellas el índice de segundo orden que conforman “Riesgo de TCA” (EDRC).

El EDRC se considera una medida de Screening para TCA, dado que en nuestra muestra las puntuaciones se encuentran 1,5 veces por encima del valor normativo, podemos considerar que el riesgo de padecer un TCA es elevado. De hecho, de los 118 participantes incluidos en el estudio, sólo 10 (8,5%), se encuentran en la media poblacional o por debajo; y 56 sujetos (47,5%) estaban más de una desviación típica por encima de la media. Y, sin embargo, según la evaluación diagnóstica inicial solo 29 (24,6%) de los participantes cumplían criterios diagnósticos para TCA (TA o BN) según DSM-5, o los habían cumplido en algún momento de su vida. Con estos datos podemos concluir, que el patrón de conducta alimentaria está alterado en nuestros pacientes, y que esta alteración no puede explicarse por padecer un TCA comórbidamente.

En relación con los efectos de la intervención, nuestros resultados muestran que el grupo de intervención reduce de forma significativa el riesgo de TCA a los 6 meses (-4,7; DE 8,9; $p < 0,01$), y a los 12 meses no sólo mantiene la mejoría, sino que sigue reduciendo el riesgo (-6,7; DE 6,2; $p < 0,01$). Mientras que el grupo control, aunque reduce el riesgo, no lo hace de forma significativa ni a los 6 meses (-1,4; DE 6,4; $P = 0,892$), ni a los 12 meses (-2,1; DE 7,8; $p = 0,111$). Finalmente, se encontraron diferencias significativas entre grupos 12 meses ($p < 0,01$). A la luz de estos resultados podemos considerar que **la 2ª hipótesis del estudio “los pacientes del grupo experimental disminuirán más el riesgo a padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria que los pacientes del grupo control” queda confirmada.**

Un hallazgo importante respecto de los resultados del EDI-3, que requiere una reflexión, es el efecto diferencial de la intervención entre el grupo de intervención y el grupo control. Las escala de Bulimia (B), muy alterada en ambos grupos al inicio del estudio, se reduce de forma considerable en ambos grupos, tanto a los 6 como a los 12 meses, sin diferencias entre grupos. La escala B evalúa la tendencia a pensar en atracarse y la tendencia a

hacerlo; relacionando además los estados emocionales negativos con la búsqueda de la comida. Es decir, es la escala del EDI-3 que verdaderamente refleja la alteración en la conducta alimentaria. Los resultados muestran, por tanto, que tanto la intervención estándar como el Programa PsicoObe son intervenciones eficaces para reducir la sintomatología alimentaria, en concreto, la tendencia a darse atracones y búsqueda de la comida como forma de regulación emocional.

Es en las otras dos escalas clínicas, “Obsesión por la delgadez” (DT) e “Insatisfacción corporal” (BD) donde encontramos diferencias notables entre el grupo de intervención y el grupo control. En el grupo control, estas dos escalas no varían de forma significativa tras la intervención, es más si observamos la tendencia, a los 6 meses se reducen ambas escalas muy levemente, y a los 12 meses ambas escalas están por encima de la evaluación inicial. Mientras que en el grupo de intervención las dos escalas se reducen de forma importante, significativa y progresiva hasta los 12 meses. Por tanto, estos resultados indicarían que el grupo control de intervención estándar es adecuado para mejorar la sintomatología alimentaria pero no otros aspectos de la patología de los TCA, mientras que el grupo de intervención “Programa PsicoObe” produce una mejora generalizada de todas las variables clínicas alteradas en los TCA, según las escalas del EDI-3.

Por otra parte, las correlaciones realizadas indican que, en el grupo de intervención, no se asoció la mejoría en el índice EDRC con la pérdida ponderal, mientras que en el grupo de control sí lo hizo. Si bajamos a nivel de las escalas encontramos que en el caso del grupo de intervención los cambios ponderales sólo se relacionan a los 6 meses con la insatisfacción corporal a los 6 meses, no manteniéndose esta relación en las evaluaciones de los 12 meses. En la escala de bulimia, no encontramos ninguna correlación en el grupo de intervención entre los efectos en esta escala y los efectos en el peso, mientras que en el grupo control se asocia la reducción de la escala de bulimia con la pérdida de peso, tanto a los 6 meses como a los 12 meses.

Estos resultados apuntan a que en el grupo control de tratamiento estándar, la mejoría del TCA sólo se produce a nivel conductual, asociándose a una reducción de síntomas, que a su vez explicaría la pérdida ponderal en los casos que se produce. Mientras que en los sujetos que realizan el Programa PsicoObe, se produce una mejora generalizada de aspectos conductuales, cognitivos y emocionales, que es independiente a la pérdida ponderal que, como veíamos en el apartado anterior, parece más asociada a una alimentación más saludable que a la propia mejora psicopatológica. Como decíamos en la introducción, se ha considerado que

los factores psicológicos dificultan el cambio de hábitos saludables, y parece que los sujetos del grupo de intervención al reducir la patología alimentaria de forma generalizada están en una mejor disposición para llevar a cabo un cambio de hábitos alimentarios, imprescindible, por otra parte, para lograr que las pérdidas ponderales se mantengan en el tiempo.

Sólo hemos encontrado un estudio (186) en el que se valoró el efecto de un tratamiento grupal en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (en este caso segunda edición), y se trataba de un estudio observacional de los efectos de una intervención psicoeducativa en 5 sesiones grupales en adultos con sobrepeso y trastorno por atracón, encontrando reducción en las escalas clínicas del EDI, sin presentar valores de significación. Pero no son comparables los resultados dado que no eran sujetos con obesidad, sino solo sobrepeso y, además, las puntuaciones iniciales del EDI sólo se encontraban alteradas en la escala de bulimia. No hemos encontrado ningún ensayo clínico aleatorizado en el que se haya valorado un tratamiento psicoterapéutico grupal en personas con obesidad y se haya utilizado como medida de resultado el Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria; siendo un cuestionario muy utilizado en investigación en el ámbito de los TCA; probablemente esto se deba a que “oficialmente” la obesidad no es un TCA. Sin embargo, nuestros resultados señalan a que el EDI-3 es un buen cuestionario para valorar el efecto del tratamiento psicoterapéutico en personas con obesidad. En esta línea, sí se ha utilizado para valorar los efectos de la cirugía bariátrica con resultados también interesantes, por ejemplo, hemos encontrado un estudio de español (241) en el que participan miembros del CIBER-OBN y CIBER-SAM, en el que encontraron que puntuaciones altas en la escala DT del EDI, predecían mayor riesgo de complicaciones metabólicas en personas operadas de cirugía bariátrica, en concreto, mayor presencia de diabetes mellitus.

5.3 Impacto sobre la disregulación emocional.

La regulación emocional implica principalmente dos aspectos, por un lado experimentar y diferenciar adecuadamente las emociones y, por otro lado, lograr la modulación de los estados afectivos (55). Por tanto, las dificultades en regulación emocional podrían venir de tres puntos distintos: 1) dificultad de experimentar las emociones, bien porque las tienen anestesiadas o bien directamente disociadas; 2) la dificultad de diferenciar las emociones, llega un momento que la evitación experiencial no es suficiente para no sentir y, como no se tiene experiencia en diferenciar emociones porque hasta el momento han estado “controladas”,

muchos pacientes solo sienten la activación o desactivación emocional y al ser preguntados por su estado emocional sólo son capaces de contestar, bien o mal; y 3) la dificultad para modular la respuesta emocional.

En el “PsicoObe” trabajamos de abordar estas 3 dificultades de forma progresiva, en un primer momento trabajamos la toma de conciencia para que los pacientes identifiquen las funciones psicológicas de su forma de comer, en un segundo momento trabajamos mucha psicoeducación sobre la identificación de las distintas emociones y sus funciones adaptativas, y en un tercer momento, trabajamos la autorregulación intrínsecamente interrelacionada con la aceptación de la vivencia emocional.

Una observación habitual según avanza el grupo de terapia es que personas a las que aparentemente nada les preocupaba más que su peso y, como mucho, su conducta alimentaria, comienzan a conectarse con sentimientos potentes que tenían o anestesiados o disociados, presumiblemente gracias a su conducta alimentaria alterada. Son numerosas las teorías que hablan de los posibles mecanismos por los que la comida “ayuda” en la gestión emocional (57), algunos autores (242) proponen que lo que lleva a comer es el deseo de escapar de la autoconciencia y, por tanto, del afecto negativo; otros autores (243) sugieren que la comida alivia o reduce las emociones negativas y otros (244) plantean que el mecanismo subyacente es la distracción cognitiva. Recientemente se ha planteado que la alexitimia tiene un rol clave en este proceso (57).

El efecto de la intervención sobre la regulación emocional los vamos a inferir de los resultados de dos cuestionarios distintos; por un lado, el Cuestionario de 90 Síntomas, revisado (SCL90-R) nos va a permitir conocer tanto la sintomatología psiquiátrica que presentan nuestros pacientes, como el efecto de la intervención sobre la misma. Por otro lado, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª edición (EDI-3) nos va a proporcionar información sobre el propio proceso de regulación a través de las escalas “*Déficits introceptivos*” (ID), “*Desajuste emocional*” (ED), y los índices “*Problemas afectivos*” (APC) y “*Desajuste psicológico general*” (GPMC).

Malestar emocional.

El cuestionario SCL90-R muestra que nuestros pacientes presentan tanto niveles elevados de psicopatología, como sufrimiento psíquico. Al inicio del estudio se encontraron

puntuaciones elevadas en los índices IGS “Índice global de severidad” y PST “Índice positivo de malestar”, presentando puntuaciones similares ambos grupos de estudio. El índice IGS es un indicador generalizado de sufrimiento psíquico y psicosomático, mientras que el índice PST representa la diversidad de psicopatología.

En el estudio encontramos que el grupo de intervención redujo de forma importante y significativa tanto el índice IGS como el índice PST a los 6 meses ($p<0,05$) y continuó mejorando a los 12 meses ($p<0,01$). Mientras que en el grupo control mejoraron levemente las puntuaciones al inicio del estudio, sin ser la mejoría significativa, y se mantuvieron en los mismos valores a los 12 meses. Sin embargo, las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas por lo que **debemos de rechazar la tercera hipótesis del estudio: “Los pacientes del grupo de intervención disminuirán más sus indicadores de psicopatología que los pacientes del grupo control”**.

Respecto de las escalas, encontramos puntuaciones significativamente altas al inicio del estudio en las escalas SOM “Somatizaciones”, OBS “Obsesiones y compulsiones”, INT “Sensibilidad interpersonal”, DEP “Depresión”, ANS “Ansiedad” y PSI “Psicoticismo”. A continuación, veremos la respuesta al tratamiento en cada una de estas escalas.

La escala SOM recoge síntomas relacionados con la disfunción corporal, como reacciones neurovegetativas y otras manifestaciones psicosomáticas o funcionales, aunque en pacientes con tanta comorbilidad somática como los nuestros es difícil discernir si estos síntomas no se deben a la patología médica subyacente. Esta escala mejora significativamente tanto en el grupo de intervención como en el grupo control, tanto a los 6 meses, como a los 12 meses.

La escala OBS comprenden comportamientos, pensamientos e impulsos considerados por el individuo como indeseados y generadores de angustia. Esta escala mejora significativamente en el grupo de intervención, tanto a los 6 como a los 12 meses, pero no mejora significativamente en el grupo control. Sin embargo, las diferencias entre grupos no fueron significativas.

La escala INT refleja sentimientos de timidez y vergüenza, así como la tendencia a sentirse inferior a los demás, la importancia extrema que se le da a las opiniones ajenas estando relacionada con la inhibición en las relaciones sociales. En el grupo control se produce un leve empeoramiento en esta escala, que no es significativo. Mientras que, en el grupo de intervención, mejora levemente de forma no significativa a los 6 meses y entre los 6 y 12 meses

se produce una mejora importante y muy significativa, denotando que, tras la realización del grupo, las personas que han asistido al grupo empiezan a sentirse más seguros de sí mismos, menos influenciados por la opinión de los demás y más abiertos a las relaciones sociales. Siendo la escala que obtiene la mayor puntuación de mejora de todas las del test.

En la escala DEP, encontramos que en el grupo control se produce una mejoría significativa en la variable depresión a los 6 meses, pero a los 12 meses empeora de nuevo, aunque no llega a los valores iniciales. Mientras que en el grupo de intervención en depresión tenemos el patrón contrario, en los primeros 6 meses no mejora significativamente la depresión, mientras que sí lo hace a los 12.

En la escala ANS, al grupo control le ocurre lo mismo que en la escala de depresión, es decir, que se produce una mejora significativa a los 6 meses, tras la cual se produce un empeoramiento que, aunque no llega a los valores iniciales, tampoco difiere significativamente de estos. Mientras que en el grupo de intervención mejora significativamente a los 6 meses de forma similar a como ocurre en el grupo control, pero consolida la mejoría a los 12 meses.

Una sensación común compartida por los clínicos que nos dedicamos al ámbito de la obesidad es que las personas que padecen esta patología parecen estar muy enfadadas, enfadadas con ellas mismas y con el mundo. Lo cual se contrapone frontalmente con la visión más coloquial o de la calle del gordito feliz y complaciente. La escala de “hostilidad” del SCL90-R podría reflejar en cierta medida esta condición, pues representa sentimientos, pensamientos y conductas influenciados por la ira, la irritabilidad, la rabia y el resentimiento. En la evaluación inicial, toda la muestra se situó en valores normativos, es decir, no se puede afirmar que nuestros pacientes con obesidad difieran de la población general en cuanto a hostilidad se refiere. En el grupo control no se produce cambio alguno en esta escala a lo largo del año de seguimiento, lo cual se puede considerar correcto, pues no había indicadores de que esta escala debiera mejorar dado que no se encontraba alterada de inicio. Sin embargo, en el grupo de intervención la escala sí cambia, a los 6 meses se reduce de forma ligera y no significativa, pero a los 12 meses se reduce de forma importante y significativa lo cual da pie a reflexionar sobre este tema. ¿Es posible que las personas que acuden al grupo tomen conciencia de una agresividad y enfado del que no eran conscientes y perciban cómo se va calmando en el tiempo?, ¿O simplemente se han vuelto más complacientes? Dada mi experiencia conduciendo los grupos de psicoterapia, yo me inclinaría más por la primera opción, hay muchas personas en los grupos que no se permiten sentirse tristes y manejan esa tristeza desde el enfado.....

La escala PSI en pacientes no psicóticos se relaciona con la tendencia al aislamiento, y no mejoró significativamente en ninguno de los grupos de estudio.

Regulación emocional.

En el EDI-3 han creado un índice de segundo orden, fruto de la combinación de todas las escalas psicológicas del cuestionario. El objetivo de este índice es mostrar el “Desajuste psicológico general”(GPMC) de las personas evaluadas, considerándose que este índice podría tener un valor predictivo respecto de los tratamientos o/e indicar niveles elevados de psicopatología (206). En nuestra muestra este índice se encuentra elevado de forma moderada pero significativa en ambos grupos de estudio. Y mejora de forma significativa en el grupo de intervención a los 12 meses. En el grupo control también mejora, pero esta mejoría no llega a ser significativa. No se encontraron diferencias entre grupos.

Pero quizá el hallazgo más llamativo respecto de este índice lo encontramos en el análisis estratificado en protocolo del efecto del tratamiento en el peso, pues ahí sí que encontramos un patrón claramente diferencial entre grupo de intervención y grupo control. En el grupo de intervención encontramos que cuanto mayor es el desajuste psicológico general al inicio del estudio, mayor pérdida ponderal encontramos al año. Mientras que este patrón no lo encontramos en el grupo control, donde los 3 terciles responden de forma similar al tratamiento. Y, sin embargo, la pérdida de peso no correlaciona con la mejoría de esta escala ni a los 6 ni a los 12 meses. La conclusión que podríamos deducir aquí es que el desajuste psicológico general está obstaculizando el cambio de hábitos, y que, cuando éste se reduce, genera un estado en el que le es más fácil a la persona empezar a cuidarse.

La puntuación del EDI-3 que más podría relacionarse de forma más directa con el constructo de regulación emocional es el índice “*Problemas Afectivos*” (APC), que resulta de la combinación de las escalas de “*Desajuste emocional*” (ED) y “*Déficits introceptivos*”(ID). Puntuaciones altas en esta escala indicarían alteraciones importantes en la forma en la que el paciente interpreta y responde a las claves emocionales, denotando una dificultad para tolerar estados emocionales (206). En la evaluación inicial encontramos que los pacientes del grupo control presentan puntuaciones altas en esta escala, pero los sujetos del grupo de intervención no difieren estadísticamente de la población en esta escala. Aunque no hay diferencias entre grupos y ambas puntuaciones pueden considerarse bastante superiores a las de la

población no clínica. Para tratar de entender este resultado, veamos lo que muestran las escalas que componen el índice.

De las 2 escalas que componen el índice APC, encontramos valores iniciales distintos. En la escala “déficits introceptivos”(ID) encontramos una alteración significativa ($p<0,01$) en ambos grupos de estudio, mientras que la escala “desajuste emocional” (ED) presenta puntuaciones ligeramente menores de la media poblacional. Las puntuaciones en nuestros sujetos en la escala ID reflejan tanto su miedo a las emociones intensas como la confusión ante las emociones; mientras que las puntuaciones en la escala ED sugiere que tienen poca tendencia a actuar las emociones y no están emocionalmente inestables. Si lo pensamos detenidamente, estos resultados cuadran bastante bien con los hallazgos encontrados en la literatura respecto de las dificultades de regulación emocional en obesidad. Decíamos que la regulación emocional tenía 2 componentes experimentar y diferenciar las emociones y modular el afecto. El primer componente es el que se evalúa con la escala ID, y en el que muestran una afectación clara nuestros pacientes. El segundo componente, modular el afecto, es el que evaluaría la escala ED y que, aparentemente, se encuentra menos afectado. Y digo aparentemente, porque dada las muy elevadas puntuaciones en la escala de bulimia, sería perfectamente plausible que nuestros pacientes estuvieran aliviando su malestar emocional con las transgresiones alimentarias y por eso no recurran a otros mecanismos compensatorios como podrían ser pasar al acto. Aunque debemos tener en cuenta que la puntuación en la escala ED aunque no difiera significativamente de la media poblacional sí se encuentra más elevada de lo que suele encontrarse en muestras no clínicas.

Respecto de los efectos de la intervención, encontramos que, a los 12 meses, se produce una mejoría importante y significativa en el índice APC en ambos grupos, no encontrando diferencias entre grupos. Y que esta mejoría proviene de la reducción de los valores tanto de la escala ID, como de la escala ED. En relación con el patrón de evolución, encontramos que en el grupo de intervención tanto las puntuaciones en las escalas ID – ED, como en el índice APC mejoran a los 6 meses y siguen mejorando a los 12 meses, mientras que en el grupo control la mejoría que se produce en estos valores a los 6 meses, a los 12 meses prácticamente se mantiene igual.

De estos resultados podemos deducir que en las personas con obesidad que participaron en nuestro estudio parece haber dificultades en la regulación emocional, especialmente debidas al miedo a sentir emociones intensas y a la dificultad de identificar adecuadamente las

emociones. Por otra parte, parece que el tratamiento estándar mejora la regulación emocional, y las personas que además realizan la intervención grupal mejoran aún más.

Un hallazgo interesante que da lugar a la reflexión es que los sujetos que empezaron a ganar peso en la primera infancia (antes de los 5 años) no parecen perder peso ni en el grupo de intervención ni en el grupo control. Y en protocolo, además ganan peso, siendo esta subida ponderal mayor los del grupo control (+2,8, RIC -0,8; 7,6), que en el de intervención (+0,5, RIC -2,1;5,6). En mi experiencia clínica, las obesidades de inicio en la infancia parecen relacionadas con situaciones trauma, abuso y negligencia, observación ampliamente avalada por la literatura científica (28, 245). Siendo además en la primera infancia donde aprendemos a gestionar las emociones es esperables que las personas que fueron dañadas cuando debían sentirse seguras sean las que mayores dificultades de regulación emocional tengan, de hecho, un estudio apoya esta idea tras evidencias la relación del trauma infantil, con la patología alimentaria y con las dificultades en regulación emocional (246). Sería de esperar que estos pacientes sean los que más tarden en responder a los tratamientos psicoterapéuticos, siendo muy recomendable, si no imprescindible, una intervención psicoterapéutica específicamente dirigida a las mencionadas experiencias infantiles (140, 247). Respecto a la respuesta a tratamientos de este perfil de pacientes, en otros estudios se ha estudiado sólo la comparación entre si la obesidad se originó antes o después de la mayoría de edad (237), pero ningún estudio ha planteado diferentes rangos de edad en la infancia como variable predictora de resultados. Y en una revisión reciente no se encontró ningún estudio que relacionara el trauma temprano con el cambio ponderal post-tratamiento, centrándose los resultados de los estudios sólo en variables de índole psicológica (247).

5.4 El cambio en la insatisfacción corporal.

En general, las personas con obesidad están profundamente perturbadas y obsesionadas con su gordura. La “obsesión por la delgadez” (Drive to thinness) se ha considerado un constructo nuclear en los TCA, considerado por muchos sistemas de clasificación un criterio esencial para el diagnóstico (206), igual que ocurre con otro constructo relacionado y también evaluado por el EDI-3, “la insatisfacción corporal” (51).

La imagen corporal es un constructo multidimensional que hace referencia a cómo una persona percibe su cuerpo y apariencia y a los pensamientos, sentimientos y conductas que se relacionan con dicha percepción (3).

Cuando trabajamos con personas con obesidad, la imagen corporal es un aspecto clave, pues es habitual observar que tienen una preocupación importante e incluso en ocasiones exagerada y central en su discurso, que puede llegar a ser altamente perturbadora e incluso incapacitante a través de todas las situaciones que llegan a evitar para no exponer su cuerpo a escenarios de interacción social.

La imagen corporal es un constructo multidimensional complejo se refiere a cómo la persona se percibe, piensa, siente y actúa respecto de su propio cuerpo (248). Son, por tanto, 3 sus componentes básicos (249): 1) un componente perceptual, que se refiere a la precisión con la que se percibe tanto el tamaño y la forma global del cuerpo, como de zonas corporales claves. Cuando la percepción de la IC está alterada, hablamos de distorsión de la IC y puede darse en 2 sentidos, sobreestimación o subestimación; 2) un componente subjetivo y 3) un componente conductual.

El concepto de insatisfacción corporal se ha asociado tradicionalmente a mujeres, tanto en medios de comunicación como en el ámbito científico, como si los hombres no estuvieran igualmente expuestos a la “cultura del cuerpo perfecto” en la que vivimos. En un meta-análisis realizado en 2016 por Weinberger y colaboradores (53) se plantea como una de las conclusiones principales que las personas con obesidad presentan mayor insatisfacción corporal que las personas con normopeso, y que a igual IMC las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal que los hombres. Incluso otros estudios plantean que las mujeres pueden sentirse más insatisfechas incluso teniendo menores IMC (250), lo que algunos atribuyen a la tendencia de los hombres a pensar que son “grandes y fuertes” en lugar de gordos (251). Sin embargo, también hay autores que plantean que los hombres cada vez reportan mayor insatisfacción corporal (252); yendo nuestros resultados en esta línea pues en nuestra muestra, tanto hombres como mujeres presentan una insatisfacción corporal intensa.

Las personas con obesidad sienten una intensa insatisfacción corporal, siendo ésta una fuente importante de malestar psicológico y teniendo gran impacto en su calidad de vida (251). Y, si bien es cierto que la insatisfacción corporal es endémica en las mujeres de culturas occidentales, se ha demostrado que la insatisfacción corporal de las personas con obesidad es mayor a las de las personas con peso normal (53). Y, sin embargo, no todas las personas con

obesidad tienen el mismo grado de insatisfacción corporal (251) ni los estudios muestran que insatisfacción corporal e IMC correlacionen (250, 253). Por tanto, y dado que insatisfacción corporal es una fuente de malestar importante con gran repercusión en la calidad de vida, el trabajar como objetivo terapéutico específico la reducción de la insatisfacción corporal debiera ser central en el tratamiento psicológico de personas con obesidad, preferiblemente a través de la aceptación y la mejora de la relación con uno mismo, e independientemente de la pérdida ponderal resultante de dicho tratamiento.

En nuestra muestra, al inicio del estudio encontramos unos niveles elevados de insatisfacción corporal (BD) y de obsesión por la delgadez (DT). La puntuación media en la escala BD fue de 63,8 (DE 11,1), situándose sólo 11 sujetos (9,3%) en la media poblacional o por debajo. Y en la escala DT, la puntuación media fue de 64,1 (DE 11,3) y sólo 7 sujetos (5,9%) tuvieron una puntuación igual o menor de 50.

En el grupo control de tratamiento estándar, como ya mencionamos, no encontramos mejoría en ninguna de las dos escalas, la puntuación inicialmente se redujo a los 6 meses, para luego a los 12 ser incluso algo peores que al inicio del estudio.

Mientras que, en el grupo de intervención, la obsesión por la delgadez se redujo en 3,3 puntos (DE 10,1) a los 6 meses ($p=0,052$), y continuó reduciéndose hasta en 5,8 puntos (DE 9,6) a los 12 meses ($p=0,01$). Asimismo, la puntuación en insatisfacción corporal se redujo en 4,1 puntos (DE 7,9) a los 6 meses ($p=0,002$), y continuó reduciéndose hasta en 5,2 puntos (DE 7,7) a los 12 meses ($p=0,000$). Ambas escalas correlacionaron entre sí de forma importante, directa y significativa tanto a los 6 meses como a los 12 meses. Y aunque a los 6 meses sí se asoció la pérdida de peso a una reducción de la escala BD, a los 12 meses ninguna de las 2 escalas, DT y BD, correlacionó con la pérdida ponderal.

Estos resultados sugieren que el hecho de que en el grupo de intervención se redujesen la obsesión por adelgazar y la insatisfacción corporal no puede deberse a la pérdida de peso, sino a otros factores, como, por ejemplo, al trabajo en aceptación realizado durante la terapia.

5.5 Calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó con el Cuestionario sobre el Estado de Salud SF36. Las puntuaciones de todas las escalas de este cuestionario se encontraron significativamente por debajo de la media poblacional al inicio del estudio, destacando especialmente el deterioro mostrado por las escalas de “rol”. La escala de “Rol

físico” (RP) refleja el grado de interferencia o limitación que el sujeto percibe en las actividades de su día a día debidas a su estado de salud física. Y la escala de “Rol Emocional” (RE) se refiere al grado de interferencia o limitación que el sujeto percibe en las actividades de su día a día debidas a su estado de salud mental”. Ambas escalas se encontraban, respectivamente, 2 y 3 desviaciones típicas por debajo de la media poblacional, denotando que nuestros pacientes se encontraban con grandes limitaciones para realizar su trabajo y otras actividades de su día a día.

Si tomamos en consideración las puntuaciones resumen de salud física y salud mental, encontramos mayor deterioro a nivel de salud mental al inicio del estudio. Nuestros datos son similares a los encontrados en estudios de sujetos candidatos a cirugía bariátrica (254, 255) y aunque la mayoría de nuestros sujetos no tienen intención de someterse a la cirugía, es cierto que tiene sentido que, con las obesidades tan importantes que manejamos, se encuentre un deterioro importante en la calidad de vida relacionada con la salud.

En relación con la Salud Física encontramos como efecto de la intervención que se redujeron significativamente las puntuaciones de “Función Física” (FF) y “Dolor corporal” (BP) tanto en el grupo de intervención como en el grupo control, a los 6 meses y más aún a los 12 meses. Esto implica que tanto los sujetos del grupo de intervención como los sujetos del grupo control sienten que su salud limita menos actividades como el autocuidado, caminar, subir escaleras, o realizar esfuerzos, y que el dolor les limita menos en su día a día. En el grupo de intervención también encontramos mejoría significativa en la escala de “Salud General” (GH), lo cual es implican que valoran su estado de salud actual y futuro de una forma más positiva de lo que lo hacían al inicio del estudio. Finalmente, encontramos que tanto en grupo de intervención como en grupo control, a los 12 meses mejora significativamente el índice Resumen de Salud Física. La escala de “Rol Físico” que era la más alterada, no mejora en ninguno de los 2 grupos de estudio. Las correlaciones mostraron una asociación entre las mejoras en el índice resumen de salud física y la pérdida ponderal.

En relación con la salud mental, encontramos que la puntuación que mejora de forma significativa en los 2 grupos de estudio y en los 2 momentos temporales evaluados es el “Rol emocional”, implicando que la interferencia de la salud mental en las actividades cotidianas se ha reducido con el tratamiento. La escala “Salud Mental” (MH) mejora de forma significativa en los 2 grupos a los 6 meses, pero a los 12 meses empeora también en los 2 grupos, aunque en el grupo de intervención la diferencia respecto de la puntuación inicial sigue siendo positiva.

Esta escala hace referencia a la valoración subjetiva de la salud mental de la persona, y parece que aunque aumenta en los 2 grupos con la intervención, son menos optimistas valorando su salud mental a los 12 meses que a los 6.

A la luz de estos **resultados debemos rechazar la 4ª hipótesis del estudio “Los pacientes del grupo experimental mejorarán más su calidad de vida relacionada con la salud que los pacientes del grupo control”**, pues aunque los resultados muestran evidencias de mejora en la calidad de vida en bastantes escalas del SF36, no existen diferencias entre grupos, es decir, mejoran de forma similar los sujetos del grupo de intervención y del grupo control.

5.6 Reflexiones finales.

Por último, querríamos reflexionar sobre 4 últimos aspectos, en primer lugar, sobre el mantenimiento de los resultados al año de seguimiento; en segundo lugar, sobre el papel de la motivación en nuestros resultados; en tercer lugar, sobre las implicaciones clínicas de los resultados y las decisiones que hemos tomado al respecto, y finalmente una reflexión personal sobre la importancia de la humanización de la asistencia sanitaria en el ámbito de la obesidad.

Mantenimiento de los resultados a 12 meses

Si bien el tratamiento estándar está presente durante los 12 meses que dura este estudio, la intervención grupal sólo dura 20 semanas, los que equivale a unos 5-6 meses, y luego se hace una sesión de recuerdo. En la última **hipótesis** planteábamos **“Las diferencias entre ambos grupos de estudio (intervención/control) a los 6 meses se mantendrán en el seguimiento a los 12 meses”**, y podemos considerarla **parcialmente cumplida**.

En relación con el IMC (H_1) el efecto entregrupos no sólo se ha mantenido a los 12 meses, sino que ha aumentado, a los 6 meses el grupo de intervención perdía 2 kg más que el grupo control, aumentando esta diferencia en 0,4kg más a los 12 meses.

Con respecto al “Riesgo de TCA” (H_2) encontramos el mismo patrón, las diferencias entregrupos a los 6 meses (-3,3 puntos) se incrementan a los 12 meses (-4,6), y además los resultados señalan que en la mayoría de las variables evaluadas por el EDI-3 continúan mejorando a los 12 meses en el grupo de intervención.

Respecto de los indicadores de psicopatología (H₃), no se cumplió porque, aunque las puntuaciones en las 3 escalas del SCL90-R indicadoras de psicopatología (IGS, PST, PSDI) fueron mejores en el grupo de intervención, los efectos absolutos entregupos no fueron significativos. Por otra parte, respecto del mantenimiento de los resultados terapéuticos que es de lo que versa la 5ª hipótesis, las puntuaciones del grupo de intervención continuaron mejorando a los 12 meses, mientras que en el grupo control las puntuaciones se mantuvieron estables entre los 6 y los 12 meses.

La 4ª hipótesis estaba en relación con la Calidad de Vida relacionada con la salud, y nuestros resultados mostraban una mejoría leve, aunque significativa, de varias de las escalas y en el índice resumen de salud física. La hipótesis no se confirmó porque los efectos absolutos entregupos no fueron significativos. En este cuestionario sí que observamos que, en algunas escalas, como FF, BP o RE, los pacientes continúan mejorando a los 12 meses; en otras escalas, como en MH o VT, las mejorías a los 6 meses se reducen a los 12; y en otras escalas, como RP no varían a lo largo de las distintas evaluaciones. Con lo cual, no podemos plantear que en relación con la calidad de vida se consoliden las mejorías.

En conclusión, podemos decir que los resultados en peso, riesgo de TCA y psicopatología se mantienen e incluso mejoran a los 12 meses, no encontrando el mismo patrón en relación con la calidad de vida. Pero 12 meses sigue siendo poco tiempo para valorar la estabilidad de los resultados y sería interesante, y así pensamos hacer, continuar haciendo evaluaciones anuales para valorar la estabilidad de los efectos. Sin embargo, no podremos seguir comparando a los grupos de intervención y control, porque finalizado el año del estudio la mayoría de los pacientes del grupo control empezaron el grupo de terapia intensivo.

Papel de la motivación en los resultados terapéuticos

El Modelo Transteórico del Cambio se ha considerado referente en entender y promover el cambio de conducta tanto en el ámbito de las adiciones como la promoción de hábitos de vida saludables. Era de esperar que las personas que hubieran mostrado valores iniciales más elevados en la variable “acción” hubieran logrado mejores resultados terapéuticos, sin embargo, no ha sido así. El único hallazgo relevante es que, a los 12 meses, la propia variable “acción” ha aumentado más en el grupo de intervención que en el grupo control.

En una revisión Cochrane (256) publicada en 2014 se valoró la efectividad de la aplicación del Modelo Transteórico en las intervenciones dietéticas o/y dirigidas a la promoción de actividad física para producir una pérdida de peso sostenible (mínimo 1 año) en adultos con sobrepeso u obesidad. Se concluyó que no había pruebas de calidad para apoyar el uso del Modelo Transteórico en este contexto.

Más allá de la aplicabilidad del modelo teórico, nos hemos encontrado con dificultades en la selección de instrumentos de evaluación. El URICA es un cuestionario ampliamente utilizado, pero que no cuenta con validaciones de calidad, puntuaciones de corte o valores normativos publicados. Además, han llegado a publicarse hasta 4 formas de corrección distintas, porque con ninguna se obtenían resultados adecuados. Nosotros hemos utilizado la última corrección publicada en 2014 (224, 227), sin haberle encontrado utilidad clínica en este estudio.

Y aunque parece clara la utilidad clínica del modelo, debe re-evaluarse tanto el constructo teórico como los instrumentos de medida (257). En una revisión crítica del Modelo Transteórico recién publicada en 2019, Tambling (257) plantea que, pese a lo utilizado que ha sido el URICA desde su publicación en 1983, se ha mostrado incapaz de evaluar la motivación al cambio de manera significativa quedando en duda tanto su validez como instrumento medida como el propio constructo de “motivación al cambio”.

Repercusión de los resultados a nivel clínico

Nuestros resultados sugieren que la psicoterapia grupal, en concreto el “Programa PsicoObe” puede ser una alternativa terapéutica coste-eficiente para reducir el peso corporal, las alteraciones en la conducta alimentaria, la psicopatología y mejorar la calidad de vida.

A la luz de estos resultados obtenidos en este estudio, hemos ido optimizando nuestro Programa de Atención Integral al paciente con obesidad, dándole un mayor peso a las intervenciones grupales. En primer lugar, ahora no presentamos los “grupo intensivos” (Programa PsicoObe) como una opción de tratamiento, sino como la mejor opción terapéutica que tenemos, de demostrada eficacia, y damos a elegir si hacer intervención psicológica individual o grupal intensiva; siendo elegida la opción grupal por la mayoría de los pacientes evaluados. De esta forma hemos pasado de hacer 1 grupo de terapia a la semana, a hacer 4 grupos en paralelo y tener lista de espera. Así hemos podido aumentar la intensidad del tratamiento en mayor número de pacientes.

Por otra parte, hemos empezado a darle más relevancia desde las consultas, tanto del Servicio de Psiquiatría como del Servicio de Endocrino, a los Grupos Psicoeducativos, pues de todos nuestros recursos terapéuticos era el que más podíamos hacer crecer sin necesidad de más personal. Como resultado hemos pasado de tener de 10 a 15 pacientes por grupo psicoeducativo a tener entre 60 y 70 personas por grupo. Cuando los pacientes vienen pidiendo ayuda para perder peso no llegan pensando en grupos, sino en asistencia individual y, por tanto, es más fácil que acepten venir “por probar” a los grupos psicoeducativos que no requieren un compromiso continuado de asistencia. Y desde la experiencia directa de los grupos, y del cambio en la visión del problema “no es sólo cuestión de esforzarme más por comer mejor”, se muestran deseosos de realizar el programa grupal intensivo.

Finalmente, estamos colaborando con los nutricionistas del hospital para diseñar una intervención grupal que permita abordar los aspectos nutricionales básicos en casos de obesidad, y así optimizar la intervención nutricional, tal y como hemos hecho con la intervención psicológica.

Es necesario humanizar la asistencia sanitaria en obesidad

Creo que en esta tesis doctoral queda clara la idea de que, en casos de obesidad, el peso y la comida son sólo la punta del iceberg. Que la obesidad y la comida son la forma en la que han podido adaptarse a su realidad, y que debajo de la obesidad cuanto menos encontramos dificultades en la regulación emocional e insatisfacción corporal, y sufrimiento. Y, por tanto, centrarnos sólo en el objetivo de que las personas con obesidad pierdan peso, supone tener una visión muy reduccionista del problema.

Me detengo en este aspecto porque las personas con obesidad se sienten muy estigmatizadas dentro del Sistema de Salud (258), como todos los que nos dedicamos a este ámbito vemos en nuestro día a día. Las historias que cuentan los pacientes sobre situaciones en las que se han sentido maltratados, humillados, regañados, etc. son infinitas, todos tienen anécdotas que contar. Y creo que esta es una realidad que debemos de cambiar, y potenciar la humanización de la asistencia sanitaria en este ámbito.

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (259) define la humanización de la salud de la siguiente forma: “Humanizamos cuando atendemos a las personas desde su concepción holística; son

más que físico y corporeidad, son personas con emociones y sentimientos, personas que viven en un entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad. Personas singulares, únicas, que requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas. Personas capaces de decidir, deseosas de participar. Personas con autonomía que cuidan de su vida, salud y bienestar. Personas con derechos y responsabilidades, libres para elegir. Personas que, no solamente tienen problemas y dificultades, están llenas de recursos y potencialidades”.

Y cito textualmente la definición de la Consejería de Sanidad porque no se me ocurre una forma mejor de describir mi propuesta. Y en esta línea, creo que el criterio de éxito terapéutico en personas con obesidad debería contemplar no solo la reducción del peso, sino un proceso continuo en el que se mejora la calidad de vida, se reduce el sedentarismo, se mejora la calidad de la alimentación, se aumenta la aceptación de la imagen corporal y se mejora la gestión emocional.

5.7 Fortalezas y limitaciones del estudio.

El proyecto de investigación presentado presenta varias fortalezas. En primer lugar, se trata de un estudio experimental en el que hemos aleatorizado a los sujetos a las condiciones experimentales y hemos tomado 2 medidas de seguimiento, siendo el único tipo de diseño que permite realizar atribuciones causales. En segundo lugar, en relación con la validez interna, la aleatorización ha reducido los sesgos de confusión como se ha descrito en la comparación de grupos; y el uso de instrumentos adecuadamente validados y estandarizados ha reducido el sesgo de información, tanto para la variable de resultados primaria, como para las secundarias.

En tercer lugar, se registraron los motivos por los que los pacientes que eran evaluados como candidatos a participar en el estudio no llegaban a ser aleatorizados, bien por no cumplir los criterios de inclusión bien por no aceptar participar en el estudio, permitiendo el mencionado registro explorar y clasificar los motivos por los que los pacientes no se llegan a aleatorizar.

En cuarto lugar, otra fortaleza del estudio fue también incluir medidas de alimentación y no sólo medidas antropométricas, pues esto nos ha permitido comprobar si los pacientes que perdían peso lo hacían de una forma saludable o no.

En quinto lugar, se registró convenientemente el número de intentos previos y la edad de la primera ganancia de peso, así como la frecuencia exacta de las sesiones de seguimiento

por parte de psiquiatra, endocrino y nutricionista; variables mediadoras del éxito terapéutico cuyo efecto se ha podido controlar en el estudio.

Por otra parte, el estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, la validez externa del estudio está condicionada por el hecho de tener una población con un elevado grado de obesidad en probable relación con la situación socioeconómica desfavorecida, con lo cual los resultados solo podrán ser extrapolados a poblaciones de similares características.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta el sesgo de selección, dado que nuestros pacientes son pacientes que están pidiendo ayuda y que, además, aceptan una intervención en Salud Mental cuando su demanda es perder peso. Este sesgo también limita la generalización de las conclusiones a obesos que no cumplan estas características.

En tercer lugar, no se evaluó de forma sistemática los atracones, sólo se registró el hecho de haber cumplido criterios para un TCA (BN o TA) en algún momento previo al estudio, pero no se evaluó la presencia ni la frecuencia de atracones al inicio ni en los seguimientos. Esto supone una doble limitación, por un lado, porque hay muchos estudios que muestran características diferenciales entre los obesos con y sin TA y no se han tenido en cuenta (aún así es de esperar que la aleatorización haya distribuido esta variable entre los grupos de estudio. Y, por otro lado, al no registrar los atracones hemos perdido una medida de resultado muy valiosa.

En cuarto lugar, no se registró el uso de psicofármacos, siendo su uso habitual en nuestros pacientes, siendo una posible variable de confusión, aún así es de esperar que la aleatorización haya distribuido esta variable entre los grupos de estudio.

En quinto, se asume la existencia de un sesgo no sistemático propio del observador y de los instrumentos de medida, que se materializó en los 11 fallos de screening (6 en grupo de intervención y 5 en grupo control) y las 11 pérdidas en el seguimiento (6 en grupo de intervención y 5 en grupo control).

En sexto, y último lugar, se asume la existencia de errores en lo referente al procesamiento de los datos, aunque se haya minimizado por la revisión rigurosa y la comprobación de registros inverosímiles. Asimismo, la existencia de valores perdidos especialmente en las pruebas autoadministradas disminuye la precisión de los datos, para tratar de controlarlo se utilizaron técnicas de imputación respetando las normas establecidas para el tratamiento de los valores perdidos.

A partir de los resultados, y de los puntos fuertes y las limitaciones reflejadas podemos establecer unas líneas de investigación futuras.

En primer lugar, dado que el objetivo último es la salud y no la mera pérdida de peso, en las investigaciones que estamos desarrollando no se registra el peso aislado, sino medidas de bioimpedancia que permiten diferenciar la composición corporal y, por tanto, si la pérdida ponderal está asociada a una alimentación equilibrada o a la restricción alimentaria.

En segundo lugar, vamos a continuar registrando las variables resultado con una frecuencia anual, porque dado el tipo de intervención, los resultados no se prevén tanto en el corto plazo sino en el largo.

En tercer lugar, todos los pacientes evaluados por el Servicio de Psiquiatría dentro del Programa de Atención Integral del paciente con obesidad realizan una amplia batería de test psicométricos que utilizamos tanto para la planificación de los tratamientos, como para realizar investigación descriptiva sobre los aspectos psicológicos subyacentes a la obesidad. En el próximo año tenemos la intención de fusionar ambas bases de datos y así poder responder una nueva pregunta de investigación: si determinados perfiles de pacientes responden de forma distinta a la intervención psicológica planteada.

En cuarto lugar, dado que consideramos que el efecto de la intervención grupal podría ser mayor en poblaciones socioeconómicamente menos deprimida, sería muy interesante poder replicar el estudio en otra área de salud más favorecida, y así ampliar el ámbito de extrapolación de los resultados.

En quinto lugar, se ha planteado la hipótesis de que las obesidades de inicio en la primera infancia están especialmente relacionadas con situaciones graves de trauma, abuso y negligencia y que, en estos casos la disregulación emocional podría ser mayor y, puede ser el motivo de la no respuesta al tratamiento en nuestro estudio. En esta línea, estamos llevando a cabo una investigación exploratoria en el HUIL, sobre la relación entre la obesidad y las experiencias de trauma en la infancia y en la edad adulta, los patrones de apego y síntomas disociativos, con idea de acabar diseñando y evaluando una intervención grupal específica para estos casos de especial gravedad.

Por último, cabe mencionar nuestra opinión de que los resultados cuantitativos no permiten detectar la naturaleza personal y fenomenológica de los cambios generados por intervenciones psicológicas de estas características, y sería interesante complementar este

estudio con una investigación cualitativa. Para ilustrarlo y, con ello darle un toque personal al cierre de este proyecto, se transcribe el testimonio de una paciente:

“Para mí ha supuesto un antes y un después en mi vida. He conseguido entender lo que me había hecho llegar a la situación de enfermedad en la que me encontraba. Pero, sobre todo, ha mejorado mi autoestima tanto, que ahora, cuidarme es una prioridad en mi día a día.

Mis niveles de ansiedad y angustia se han reducido bastante, pero lo mejor es que cuando aparecen por algún acontecimiento, tengo los recursos aprendidos para poder sobrellevar las circunstancias por difíciles que sean.

Además, he aprendido a enfrentarme a mis miedos y a no permitir que me impidiesen sentirme capaz de cualquier cosa.

Por ello, estoy muy agradecida a quién lo ha hecho posible y muy contenta conmigo por haber participado”.

6 CONCLUSIONES

- 1) Nuestros resultados apoyan hipótesis de que **la obesidad debiera considerarse un trastorno alimentario**, pues hemos encontrado que nuestros pacientes obesos comparten el núcleo sintomatológico de los TCA, a saber, la alteración del patrón alimentario, las dificultades en la regulación emocional, una elevada insatisfacción corporal y la afectación en su calidad de vida.
- 2) El **Programa PsicoObe es eficaz para perder peso** a los 6 meses; y a los 12 meses no sólo se mantienen los resultados, sino que se continúa perdiendo peso, aunque a un ritmo menor. Mientras que en el grupo control de tratamiento estándar no se evidencia modificación en el peso.
- 3) **En los pacientes que realizan el Programa PsicoObe la pérdida de peso está relacionada con la mejora de la alimentación**, en concreto con una mayor adherencia a la Dieta Mediterránea; mientras que en los pacientes del grupo control de tratamiento estándar no se encuentra esta relación.
- 4) El **Programa PsicoObe es eficaz para reducir el “Riesgo de TCA”** (evaluado por el EDI-3) a los 6 meses; y a los 12 meses no sólo mantiene la mejoría, sino que sigue reduciendo el riesgo. Estando esta mejora asociada a una reducción importante y significativa de las 3 escalas que componen el índice (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal).
- 5) **El tratamiento estándar no es eficaz para reducir el “Riesgo de TCA”** (evaluado por el EDI-3) pues, aunque se reduce la puntuación a los 6 meses y a los 12 meses, lo hace de forma muy leve y no significativa, porque la reducción del riesgo sólo se asocia a la disminución de la puntuación en la escala de bulimia.
- 6) **Tanto el tratamiento estándar como el Programa PsicoObe son intervenciones eficaces para reducir la sintomatología alimentaria**, en concreto, la tendencia a darse atracones y la búsqueda de la comida como forma de regulación emocional.
- 7) El **Programa PsicoObe es eficaz para reducir tanto la insatisfacción corporal como la obsesión por la delgadez**, conocidas fuentes de intenso malestar en las personas con obesidad. Y esta mejoría no puede atribuirse a la pérdida ponderal dado que no

correlacionan, estando probablemente relacionado con el trabajo en aceptación realizado durante la terapia.

- 8) El **Programa PsicoObe es eficaz para reducir los indicadores de psicopatología** (Índice Global de Severidad e Índice Total de Síntomas Positivos del SCL90-R), mientras que la mejoría asociada al grupo control no llegó a ser significativa.
- 9) Se produce una **mejora significativa en la calidad de vida relacionada con la salud en ambos grupos** de estudio de forma similar, por lo tanto, en este aspecto el Programa PsicoObe no supone una ventaja añadida respecto del tratamiento estándar.
- 10) **Los resultados en peso, riesgo de TCA y psicopatología** obtenidos a los 6 meses de estudio **se mantienen, e incluso mejoran, a los 12 meses**, no encontrando el mismo patrón con relación a la calidad de vida.

7 REFERENCIAS

1. MSC. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2013.
2. MSC. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Hemmingsson E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obes Rev*. 2014;15(9):769-79.
4. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*. 2007;5(3):135-75.
5. OMS. Obesidad y sobrepeso Web oficial de la Organización Mundial de la Salud: Organización Mundial de la Salud.; 2016 [Available from: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>].
6. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *Jama*. 2003;289(2):187-93.
7. Skolnik NS, Ryan DH. Pathophysiology, epidemiology, and assessment of obesity in adults. *J Fam Pract*. 2014;63(7 Suppl):S3-S10.
8. Apovian CM. Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. *Am J Manag Care*. 22. United States 2016. p. s176-85.
9. Jari M, Qorbani M, Motlagh ME, Heshmat R, Ardalan G, Kelishadi R. Association of Overweight and Obesity with Mental Distress in Iranian Adolescents: The CASPIAN-III Study. *Int J Prev Med*. 2014;5(3):256-61.
10. Quintero J, Alcántara F, Miriam P, Banzo-Arguis C, Martínez de Velasco Soriano R, Barbudo E, et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud mental*. 2016;39(3):123-30.
11. Félix-Alcántara MP, Banzo-Arguis, C., Alonso Martín, V., Fernández Rojo, S & Quintero Gutiérrez del Álamo, J. Abordaje grupal en el tratamiento de la obesidad. Experiencia de dos hospitales públicos de Madrid. In: Conductual AEdP, editor. *Avances en Psicología Clínica* 2014. Granada 2015.
12. Quintero J, Felix-Alcantara MP, Banzo-Arguis C, Fernandez-Rojo S, Mora-Minguez F. *Hambre, emociones y cerebro. Comer con cabeza*. EMSE EDAPP SL, editor. Madrid 2018.
13. Apovian CM. The clinical and economic consequences of obesity. *Am J Manag Care*. 2013;19(11 Suppl):s219-28.
14. CAM. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad, DG de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. 2013.
15. MSCBS. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid.: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) e Instituto Nacional de Estadística (INE); 2017.
16. INE. Portal estadístico. El mundo en cifras.: Instituto Nacional de Estadística; 2018 [6 June 2019]. Available from: <http://portalestadistico.com/municipioencifras/>.
17. SERMAS. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud 2016 [Available from: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>].
18. OCDE. Obesity update 2017. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2017.
19. Hemmingsson E. Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Curr Obes Rep*. 2018.
20. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012;345:e7666.
21. Johansson K, Neovius M, Hemmingsson E. Effects of anti-obesity drugs, diet, and exercise on weight-loss maintenance after a very-low-calorie diet or low-calorie diet: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(1):14-23.

22. Clapp B, Wynn M, Martyn C, Foster C, O'Dell M, Tyroch A. Long term (7 or more years) outcomes of the sleeve gastrectomy: a meta-analysis. *Surg Obes Relat Dis.* 14. United States: 2018 American Society for Bariatric Surgery. Published by Elsevier Inc; 2018. p. 741-7.
23. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
24. Cramer P, Steinwert T. Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of applied developmental psychology.* 1998;19(3):429-51.
25. Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity research.* 2003;11(3):452-6.
26. Fortuna JL. The obesity epidemic and food addiction: clinical similarities to drug dependence. *Journal of Psychoactive Drugs.* 2012;44(1):56-63.
27. Stice E, Figlewicz DP, Gosnell BA, Levine AS, Pratt WE. The contribution of brain reward circuits to the obesity epidemic. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2013;37(9):2047-58.
28. Hemmingsson E, Johansson K, Reynisdottir S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2014;15(11):882-93.
29. Cunningham SA, Datar A, Narayan KMV, Kramer MR. Entrenched obesity in childhood: findings from a national cohort study. *Ann Epidemiol.* 2017;27(7):435-41.
30. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiologic reviews.* 2007;29(1):29-48.
31. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med.* 128. England: 2015 Elsevier Ltd; 2015. p. 316-26.
32. Myers A, Rosen JC. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1999;23(3):221-30.
33. Matthews KA, Gallo LC. Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annu Rev Psychol.* 2011;62:501-30.
34. Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clin Psychol Rev.* 34. United States: 2013.; 2014. p. 29-43.
35. Wallis DJ, Hetherington MM. Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite.* 2009;52(2):355-62.
36. Dallman MF, Pecoraro N, Akana SF, La Fleur SE, Gomez F, Houshyar H, et al. Chronic stress and obesity: a new view of "comfort food". *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003;100(20):11696-701.
37. Dallman MF, Pecoraro NC, la Fleur SE. Chronic stress and comfort foods: self-medication and abdominal obesity. *Brain Behav Immun.* 2005;19(4):275-80.
38. Foster MT, Warne JP, Ginsberg AB, Horneman HF, Pecoraro NC, Akana SF, et al. Palatable foods, stress, and energy stores sculpt corticotropin-releasing factor, adrenocorticotropin, and corticosterone concentrations after restraint. *Endocrinology.* 2009;150(5):2325-33.
39. Raspopow K, Abizaid A, Matheson K, Anisman H. Anticipation of a psychosocial stressor differentially influences ghrelin, cortisol and food intake among emotional and non-emotional eaters. *Appetite.* 74. England: 2013 Elsevier Ltd; 2014. p. 35-43.
40. Kiecolt-Glaser JK, Habash DL, Fagundes CP, Andridge R, Peng J, Malarkey WB, et al. Daily stressors, past depression, and metabolic responses to high-fat meals: a novel path to obesity. *Biol Psychiatry.* 2015;77(7):653-60.
41. A.P.A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) . American Psychiatric Pub.; 2013.
42. Villarejo C. Factores de riesgo y variables clínicas asociadas a situaciones extremas de peso: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. 2012.
43. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res.* 21. England 2006. p. 770-82.
44. Rojo SF, Linares TG, Arguis CB, Félix-Alcántara M. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.* 2015;11(86):5144-52.

45. Chinchilla Moreno A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: Masson; 1996.
46. Li Y, Hu X, Ma W, Wu J, Ma G. Body image perceptions among Chinese children and adolescents. *Body image*. 2005;2(2):91-103.
47. Thompson JK, Roehrig M, Cafri G, Heinberg LJ. Assessment of body image disturbance. *Assessment of eating disorders*. 2005:175-202.
48. Lowes J, Tiggemann M. Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *British journal of health psychology*. 2003;8(2):135-47.
49. Rosso IM, Young AD, Femia LA, Yurgelun-Todd DA. Cognitive and emotional components of frontal lobe functioning in childhood and adolescence. *Ann N Y Acad Sci*. 1021. United States;2004. p. 355-62.
50. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*. 2006;39(2):244-51.
51. McLean SA, Paxton SJ. *Body Image in the Context of Eating Disorders*. Psychiatr Clin North Am. 42. United States: 2018 Elsevier Inc; 2019. p. 145-56.
52. Calado M, Lameiras M, Sepulveda AR, Rodriguez Y, Carrera MV. The association between exposure to mass media and body dissatisfaction among Spanish adolescents. *Women's Health Issues*. 2011;21(5):390-9.
53. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts*. 2016;9(6):424-41.
54. Mitchell JE, King WC, Courcoulas A, Dakin G, Elder K, Engel S, et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Eat Disord*. 2015;48(2):215-22.
55. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2014;55(3):565-71.
56. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*. 2010;40(11):1887-97.
57. Pink AE, Lee M, Price M, Williams C. A serial mediation model of the relationship between alexithymia and BMI: The role of negative affect, negative urgency and emotional eating. *Appetite*. 2019;133:270-8.
58. Kessler H, Schwarze M, Filipic S, Traue HC, von Wietersheim J. Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(3):245-51.
59. Carano A, De Berardis D, Gambi F, Di Paolo C, Campanella D, Pelusi L, et al. Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(4):332-40.
60. Svaldi J, Caffier D, Tuschen-Caffier B. Emotion suppression but not reappraisal increases desire to binge in women with binge eating disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2010;79(3):188-90.
61. Zeeck A, Stelzer N, Linster HW, Joos A, Hartmann A. Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*. 2011;19(5):426-37.
62. Munsch S, Meyer AH, Quartier V, Wilhelm FH. Binge eating in binge eating disorder: a breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry research*. 2012;195(3):118-24.
63. Padierna A, Quintana J, Arostegui I, Gonzalez N, Horcajo M. Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Quality of Life Research*. 2002;11(6):545-52.
64. Winkler LA-D, Christiansen E, Lichtenstein MB, Hansen NB, Bilenberg N, Støving RK. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry research*. 2014;219(1):1-9.
65. Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Roerig JL, et al. Two Measures of Health-Related Quality of Life in Morbid Obesity. *Obesity Research*. 2002;10(11):1143-51.

66. Hay P. Quality of life and bulimic eating disorder behaviors: Findings from a community-based sample. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33(4):434-42.
67. Hay P, Buttner P, Mond J, Paxton SJ, Rodgers B, Quirk F, et al. Quality of life, course and predictors of outcomes in community women with EDNOS and common eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2010;18(4):281-95.
68. Masheb R, Grilo C. Quality of life in patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2004;9(3):194-9.
69. Vancampfort D, De Herdt A, Vanderlinden J, Lannoo M, Soundy A, Pieters G, et al. Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder. *Psychiatry Res*. 2014;216(1):97-102.
70. Wade TD, Wilksch SM, Lee C. A longitudinal investigation of the impact of disordered eating on young women's quality of life. *Health Psychology*. 2012;31(3):352.
71. Villarejo C, Fernandez-Aranda F, Jimenez-Murcia S, Penas-Lledo E, Granero R, Penelo E, et al. Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(3):250-4.
72. Smolak LE, Thompson J. Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment: American Psychological Association; 2009.
73. Banzo-Arguis C. La impulsividad como modulador de los diferentes fenotipos clínicos en el paciente obeso: Universidad de Zaragoza; 2016.
74. Calvo Medel D, Ruíz Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada: Universidad de Zaragoza, Prensas de la Universidad.
75. Preiss K, Brennan L, Clarke D. A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obes Rev*. 2013;14(11):906-18.
76. Simon GE, Rohde P, Ludman EJ, Jeffery RW, Linde JA, Operskalski BH, et al. Association between change in depression and change in weight among women enrolled in weight loss treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(6):583-9.
77. Toups MS, Myers AK, Wisniewski SR, Kurian B, Morris DW, Rush AJ, et al. Relationship between obesity and depression: characteristics and treatment outcomes with antidepressant medication. *Psychosom Med*. 2013;75(9):863-72.
78. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American journal of public health*. 2000;90(2):251.
79. Davis C. A narrative review of binge eating and addictive behaviors: shared associations with seasonality and personality factors. *Front Psychiatry*. 2013;4:183.
80. Lasserre AM, Glaus J, Vandeleur CL, Marques-Vidal P, Vaucher J, Bastardot F, et al. Depression with atypical features and increase in obesity, body mass index, waist circumference, and fat mass: a prospective, population-based study. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(8):880-8.
81. Cortese S, Bernardina BD, Mouren M. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and binge eating. *NUTRITION REVIEWS-WASHINGTON-*. 2007;65(9):404.
82. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust N Z J Public Health*. 2003;27(4):434-40.
83. Cilli M, De Rosa R, Pandolfi C, Vacca K, Cugini P, Ceni Z, et al. Quantification of sub-clinical anxiety and depression in essentially obese patients and normal-weight healthy subjects. *Eat Weight Disord*. 2003;8(4):319-20.
84. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(3):208-25.
85. Eyres SL, Turner AI, Nowson CA, Torres SJ. Does diet-induced weight change effect anxiety in overweight and obese adults? *Nutrition*. 2014;30(1):10-5.

86. Lecube A, Monereo S, Rubio MÁ, Martínez-de-Icaya P, Martí A, Salvador J, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2017;64:15-22.
87. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63(25 Pt B):2985-3023.
88. NHMRC. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2013.
89. Teixeira PJ, Carraca EV, Marques MM, Rutter H, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I, et al. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Med*. 2015;13:84.
90. Van Dorsten B, Lindley EM. Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Med Clin North Am*. 2011;95(5):971-88.
91. Volery M, Bonnemain A, Latino A, Ourrad N, Perroud A. [Obesity psychological treatment: beyond cognitive and behavioral therapy]. *Rev Med Suisse*. 2015;11(467):704-8.
92. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(2):CD003818.
93. Burke LE, Wang J, Sevick MA. Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(1):92-102.
94. Robertson C, Archibald D, Avenell A, Douglas F, Hoddinott P, van Teijlingen E, et al. Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess*. 2014;18(35):v-vi, xxiii-xxix, 1-424.
95. Garaulet M, Perez de Heredia F. Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): role of the Mediterranean diet. *Nutr Hosp*. 2010;25(1):9-17.
96. Annesi JJ, Marengo N. Psychosocial changes as correlates of weight regain vs. continued loss within 2-year trials of a self-regulation-focused community-based intervention. *Clin Obes*. 2017;7(1):22-33.
97. Livia B, Elisa R, Claudia R, Roberto P, Cristina A, Emilia ST, et al. Stage of Change and Motivation to a Healthier Lifestyle before and after an Intensive Lifestyle Intervention. *J Obes*. 2016;2016:6421265.
98. Ahlgren C, Hammarstrom A, Sandberg S, Lindahl B, Olsson T, Larsson C, et al. Engagement in New Dietary Habits-Obese Women's Experiences from Participating in a 2-Year Diet Intervention. *Int J Behav Med*. 2016;23(1):84-93.
99. Schwarzfuchs D, Golan R, Shai I. Four-year follow-up after two-year dietary interventions. *N Engl J Med*. 2012;367(14):1373-4.
100. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1279-90.
101. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med*. 2018;378(25):e34.
102. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA. Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychol*. 1997;16(3):226-9.
103. Bell L, Rushforth J. Overcoming body image disturbance: A programme for people with eating disorders: Routledge; 2008.
104. Jeffery RW, Drownowski A, Epstein LH, Stunkard AJ, Wilson GT, Wing RR, et al. Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol*. 2000;19(1s):5-16.
105. Poston WS, 2nd, Foreyt JP. Successful management of the obese patient. *Am Fam Physician*. 2000;61(12):3615-22.

106. Burgess E, Hassmen P, Welvaert M, Pumpa KL. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes.* 2017;7(2):105-14.
107. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(9):953-9.
108. Beck JS. *The Beck Diet Solution: Train your brain to think like a thin person*: Hachette UK; 2012.
109. Palavras MA, Hay P, Filho CA, Claudino A. The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese-A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients.* 2017;9(3).
110. Jacob A, Moullec G, Lavoie KL, Laurin C, Cowan T, Tisshaw C, et al. Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol.* 2018;37(5):417-32.
111. Gutiérrez O, Luciano MC, Rodríguez M. A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *international Journal of psychology and psychological Therapy.* 2004;4(2):377-96.
112. Camilleri GM, Mejean C, Bellisle F, Hercberg S, Peneau S. Association between Mindfulness and Weight Status in a General Population from the NutriNet-Sante Study. *PLoS One.* 2015;10(6):e0127447.
113. Ouwens MA, Schiffer AA, Visser LI, Raeijmaekers NJ, Nyklicek I. Mindfulness and eating behaviour styles in morbidly obese males and females. *Appetite.* 2015;87:62-7.
114. Carriere K, Khoury B, Gunak MM, Knauper B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2018;19(2):164-77.
115. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obes Rev.* 2014;15(6):453-61.
116. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite.* 2017;112:107-16.
117. Raja-Khan N, Agito K, Shah J, Stetter CM, Gustafson TS, Socolow H, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction in Women with Overweight or Obesity: A Randomized Clinical Trial. *Obesity (Silver Spring).* 2017;25(8):1349-59.
118. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obes Rev.* 2017;18(1):51-67.
119. Forman EM, Butryn ML, Manasse SM, Crosby RD, Goldstein SP, Wyckoff EP, et al. Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: Results from the mind your health randomized controlled trial. *Obesity (Silver Spring).* 2016;24(10):2050-6.
120. Teufel M, Stephan K, Kowalski A, Kasberger S, Enck P, Zipfel S, et al. Impact of biofeedback on self-efficacy and stress reduction in obesity: a randomized controlled pilot study. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2013;38(3):177-84.
121. Fajardo A, Guzmán AL. Neurofeedback, aplicaciones y eficacia. *Interdisciplinaria.* 2016;33(1).
122. Dalton B, Campbell IC, Schmidt U. Neuromodulation and neurofeedback treatments in eating disorders and obesity. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(6):458-73.
123. Spetter MS, Malekshahi R, Birbaumer N, Luhrs M, van der Veer AH, Scheffler K, et al. Volitional regulation of brain responses to food stimuli in overweight and obese subjects: A real-time fMRI feedback study. *Appetite.* 112. England: 2017 Elsevier Ltd; 2017. p. 188-95.
124. Kohl SH, Veit R, Spetter MS, Gunther A, Rina A, Luhrs M, et al. Real-time fMRI neurofeedback training to improve eating behavior by self-regulation of the dorsolateral prefrontal cortex: A randomized controlled trial in overweight and obese subjects. *Neuroimage.* 191. United States: 2019 Elsevier Inc; 2019. p. 596-609.
125. Lang K, Lopez C, Stahl D, Tchanturia K, Treasure J. Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry.* 2014;15(8):586-98.

126. Eichen DM, Matheson BE, Appleton-Knapp SL, Boutelle KN. Neurocognitive Treatments for Eating Disorders and Obesity. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(9):62.
127. Veronese N, Facchini S, Stubbs B, Luchini C, Solmi M, Manzato E, et al. Weight loss is associated with improvements in cognitive function among overweight and obese people: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 72. United States: 2016 Elsevier Ltd; 2017. p. 87-94.
128. Raman J, Hay P, Tchanturia K, Smith E. A randomised controlled trial of manualized cognitive remediation therapy in adult obesity. *Appetite.* 123. England: Crown 2018. Published by Elsevier Ltd; 2018. p. 269-79.
129. Entwistle PA, Webb RJ, Abayomi JC, Johnson B, Sparkes AC, Davies IG. Unconscious agendas in the etiology of refractory obesity and the role of hypnosis in their identification and resolution: a new paradigm for weight-management programs or a paradigm revisited? *Int J Clin Exp Hypn.* 2014;62(3):330-59.
130. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(2):214-20.
131. Allison DB, Faith MS. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: a meta-analytic reappraisal. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(3):513-6.
132. Bo S, Rahimi F, Goitre I, Properzi B, Ponzo V, Regaldo G, et al. Effects of Self-Conditioning Techniques (Self-Hypnosis) in Promoting Weight Loss in Patients with Severe Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Obesity (Silver Spring).* 2018;26(9):1422-9.
133. Muller-Pinget S, Carrard I, Ybarra J, Golay A. Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient Educ Couns.* 2012;89(3):525-8.
134. Wagener TL, Fedele DA, Mignogna MR, Hester CN, Gillaspay SR. Psychological effects of dance-based group exergaming in obese adolescents. *Pediatr Obes.* 2012;7(5):e68-74.
135. Allet L, Muller-Pinget S, Punt I, Edelsten C, Ballif A, Golay A, et al. Dance therapy combined with patient education improves quality of life of persons with obesity: A pilot feasibility study for a randomised controlled trial. *Obes Res Clin Pract.* 2017;11(1):79-87.
136. APA. Clinical practice guideline for the treatment of PTSD. Washington, DC: American Psychological Association. 2017.
137. Bartoli F, Crocamo C, Alamia A, Amidani F, Paggi E, Pini E, et al. Posttraumatic stress disorder and risk of obesity: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2015;76(10):e1253-61.
138. Halvgaard K. Single case study: Does EMDR psychotherapy work on emotional eating? *Journal of EMDR Practice and Research.* 2015;9(4):188-97.
139. Palmisano GL, Innamorati M, Vanderlinden J. Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *J Behav Addict.* 2016;5(1):11-31.
140. Seijo N. Key Points in the Psychotherapeutic Treatment of Obesity. *J Obes Nutr Disord: JOND-128 DOI.* 2018;10:2577-244.
141. Pratt J. The organization of tuberculosis classes. *The Boston Medical and Surgical Journal.* 1907;157(9):285-91.
142. Espina J. Psicodrama nacimiento y desarrollo. Salamanca: Amaru. 1995.
143. García I. Evolución de la psicoterapia de grupo en esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2008;XXVII(101):9-25.
144. Burlingame GM, Seebeck JD, Janis RA, Whitcomb KE, Barkowski S, Rosendahl J, et al. Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: a 25-year meta-analytic perspective. *Psychotherapy.* 2016;53(4):446.
145. Burlingame G, Strauss B, Joyce A. Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change.* 2013;6:640-89.

146. Holtmaat K, van der Spek N, Witte BI, Breitbart W, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw IM. Moderators of the effects of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors on personal meaning, psychological well-being, and distress. *Support Care Cancer*. 2017;25(11):3385-93.
147. Cerezo MV, Ortiz-Tallo M, Cardenal V. Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. Artículos en PDF disponibles desde 2007 hasta 2013 A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/rfp. 2010;41(1):131-40.
148. Coutino-Escamilla L, Pina-Pozas M, Tobias Garces A, Gamboa-Loira B, Lopez-Carrillo L. Non-pharmacological therapies for depressive symptoms in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Breast*. 44. Netherlands: 2019 Elsevier Ltd; 2019. p. 135-43.
149. Almendro Marín MT, Clariana Martín SM, Hernández Cofiño S, Rodríguez Campos C, Camarero Miguel B, Río Martín Td. Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2011;31(2):213-27.
150. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 1996;156(7):745-52.
151. Roncella A, Pristipino C, Cianfrocca C, Scorza S, Pasceri V, Pelliccia F, et al. One-year results of the randomized, controlled, short-term psychotherapy in acute myocardial infarction (STEP-IN-AMI) trial. *Int J Cardiol*. 170. Netherlands: 2013.; 2013. p. 132-9.
152. Yalom ID, Leszcz M. *Psicoterapia de grupo*: Artmed Editora; 2005.
153. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*: Guilford Press; 2008.
154. Wilfley D, Frank M, Welch R, Spurrell E, Rounsaville B. Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (IPT-G) for binge eating disorder: Toward a model for adapting empirically supported treatments. *Psychotherapy Research*. 1998;8(4):379-91.
155. Stahre L, Hallstrom T. A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eat Weight Disord*. 2005;10(1):51-8.
156. Stahre L, Tärnell B, Håkanson C-E, Hällström T. A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2007;14(1):48-55.
157. Nauta H, Hospers H, Kok G, Jansen A. A comparison between a cognitive and a behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Behavior Therapy*. 2000;31(3):441-61.
158. Nauta H, Hospers H, Jansen A. One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *Br J Health Psychol*. 2001;6(Pt 3):271-84.
159. Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravaldi C, Rotella CM, et al. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*. 2010;55(3):656-65.
160. Buckroyd J, Rother S, Stott D. Weight loss as a primary objective of therapeutic groups for obese women: Two preliminary studies. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2006;34(2):245-65.
161. Nauta H, Hospers H, Jansen A. One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*. 2001;6(3):271-84.
162. Stahre L, Hällström T. A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eating and Weight Disorders*. 2005;10(1):51-8.
163. Hajek P, Humphrey K, McRobbie H. Using group support to complement a task-based weight management programme in multi-ethnic localities of high deprivation. *Patient Educ Couns*. 2010;80(1):135-7.
164. Mantzios M, Giannou K. Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Appl Psychol Health Well Being*. 2014;6(2):173-91.

165. Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001;69(4):717-21.
166. Befort CA, Donnelly JE, Sullivan DK, Ellerbeck EF, Perri MG. Group versus individual phone-based obesity treatment for rural women. *Eat Behav*. 2010;11(1):11-7.
167. Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Renjilian DA, Viegner BJ. Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(4):722-6.
168. Ash S, Reeves M, Bauer J, Dover T, Vivanti A, Leong C, et al. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(10):1557-64.
169. Friederich HC, Schild S, Wild B, de Zwaan M, Quenter A, Herzog W, et al. Treatment outcome in people with subthreshold compared with full-syndrome binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*. 2007;15(2):283-7.
170. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Jiang H, Raizman PS, Wolk S, et al. Cognitive Behavioral Therapy and Fluoxetine as Adjuncts to Group Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder. *Obesity Research*. 2005;13(6):1077-88.
171. Seamoore D, Buckroyd J, Stott D. Changes in eating behaviour following group therapy for women who binge eat: a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(3):337-46.
172. Berman MI, Morton SN, Hegel MT. Uncontrolled pilot study of an Acceptance and Commitment Therapy and Health at Every Size intervention for obese, depressed women: Accept Yourself! Psychotherapy (Chic). 2016;53(4):462-7.
173. Minniti A, Bissoli L, Di Francesco V, Fantin F, Mandragona R, Olivieri M, et al. Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eat Weight Disord*. 2007;12(4):161-7.
174. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):713-21.
175. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Jiang H, Raizman PS, Wolk S, et al. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obes Res*. 2005;13(6):1077-88.
176. Gorin AA, Le Grange D, Stone AA. Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;33(4):421-33.
177. Brar JS, Ganguli R, Pandina G, Turkoz I, Berry S, Mahmoud R. Effects of behavioral therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;66(2):205-12.
178. Melin I, Reynisdottir S, Berglund L, Zamfir M, Karlstrom B. Conservative treatment of obesity in an academic obesity unit. Long-term outcome and drop-out. *Eat Weight Disord*. 2006;11(1):22-30.
179. Seamoore D, Buckroyd J, Stott D. Changes in eating behaviour following group therapy for women who binge eat: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13(3):337-46.
180. Stahre L, Tarnell B, Hakanson CE, Hallstrom T. A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up. *Int J Behav Med*. 2007;14(1):48-55.
181. Friederich H-C, Schild S, Wild B, de Zwaan M, Quenter A, Herzog W, et al. Treatment outcome in people with subthreshold compared with full-syndrome binge eating disorder. *Obesity*. 2007;15(2):283-7.
182. Buclin-Thiebaud S, Pataky Z, Bruchez V, Golay A, Braet C, Jeannin R, et al. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: a 5-year follow-up Ending prematurely a weight loss

- programme: the impact of child and family characteristics Problem solving, treatment adherence, and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity. *Patient Educ Couns*. 79. Ireland England United States: 2009 Elsevier Ireland Ltd 2009 John Wiley & Sons, Ltd.; 2010. p. 333-7.
183. Stewart KE, Olbrisch ME, Bean MK. Back on track: Confronting post-surgical weight gain. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 2010;5(2):179-85.
 184. Holt RI, Pendlebury J, Wildgust HJ, Bushe CJ. Intentional weight loss in overweight and obese patients with severe mental illness: 8-year experience of a behavioral treatment program. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(6):800-5.
 185. Kiesewetter S, Köpsel A, Köpp W, Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer AF, Spranger J, et al. Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy—first observations with different attachment styles. *GMS Psycho-Social-Medicine*. 2010;7.
 186. Leombruni P, Ottone L, Lavagnino L, Siccadi S, Nicotra B, Migliore F, et al. Terapia psicoeducazionale di gruppo nel binge eating disorder. *MINERVA PSICHIATRICA*. 2010;51:135-44.
 187. Brawley L, Rejeski WJ, Gaukster JE, Ambrosius WT. Social cognitive changes following weight loss and physical activity interventions in obese, older adults in poor cardiovascular health. *Annals of Behavioral Medicine*. 2012;44(3):353-64.
 188. Latner JD, Ciao AC. Weight-loss history as a predictor of obesity treatment outcome: Prospective, long-term results from behavioral, group self-help treatment. *Journal of health psychology*. 2014;19(2):253-61.
 189. Compare A, Tasca GA. The Rate and Shape of Change in Binge Eating Episodes and Weight: An Effectiveness Trial of Emotionally Focused Group Therapy for Binge-Eating Disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2016;23(1):24-34.
 190. Kivlighan Jr DM, Lo Coco G, Oieni V, Gullo S, Pazzagli C, Mazzeschi C. All bonds are not the same: A response surface analysis of the perceptions of positive bonding relationships in therapy groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 2017;21(3):159.
 191. Jarvela-Reijonen E, Karhunen L, Sairanen E, Muotka J, Lindroos S, Laitinen J, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018;15(1):22.
 192. Bidgood J, Buckroyd J. An exploration of obese adults' experience of attempting to lose weight and to maintain a reduced weight. *Counselling & Psychotherapy Research*. 2005;5(3):221-9.
 193. Kingsley RG, Wilson GT. Behavior therapy for obesity: a comparative investigation of long-term efficacy. *J Consult Clin Psychol*. 1977;45(2):288-98.
 194. Cresci B, Tesi F, La Ferlita T, Ricca V, Raval di C, Rotella CM, et al. Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obesity: results after 36 months. *Eat Weight Disord*. 2007;12(4):147-53.
 195. Straus SE, Ball C, Balcombe N, Sheldon J, McAlister FA. Teaching evidence-based medicine skills can change practice in a community hospital. *J Gen Intern Med*. 2005;20(4):340-3.
 196. Strauss SE. Evidence-based medicine: how to practice and teach it;[includes CD-ROM]: Churchill Livingstone, Elsevier; 2011.
 197. Moriana JA, Martínez VA. La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2011;16(2):81-100.
 198. Herbert JD. The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modification*. 2003;27(3):412-30.
 199. Beutler LE. Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention & Treatment*. 2000;3(1):27a.
 200. ORCSM. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Madrid: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental Servicio Madrileño de Salud. 2018.

201. Moix J. Si sabe sufrir, sufrirá menos. *El País Semanal*. 2009.
202. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982;7(2):133-42.
203. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14.
204. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE, Glanz K, Lewis F, Rimer B. Health behavior and health education: theory, research, and practice. The transtheoretical model and stages of change. 2002:60-84.
205. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*. 1983;2(2):15-34.
206. Garner DM. EDI 3: Eating Disorder Inventory-3: Professional Manual: Psychological Assessment Resources; 2004.
207. Elosua P, López-Jáuregui A, Sánchez-Sánchez F. *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 3ª Edición. Manual técnico*. Madrid: TEA Ediciones; 2010.
208. Derogatis LR. SCL-90-R: cuestionario de 90 síntomas: manual: TEA ediciones; 2002.
209. Derogatis LR, Lipman R, Covi L. SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. 1977.
210. Madariaga IA, Antón VAN. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*. 2008;50(167):147-92.
211. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
212. Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *Jama*. 1989;262(7):925-30.
213. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina clínica*. 2008;130(19):726-35.
214. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*. 2005;19(2):135-50.
215. Ware JE, Jr., Gandek B, Kosinski M, Aaronson NK, Apolone G, Brazier J, et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*. 51. United States 1998. p. 1167-70.
216. McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1989;26(4):494.
217. Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Motivational readiness to control weight. 1995.
218. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-5.
219. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*. 1992;28:183-218.
220. Blanchard KA, Morgenstern J, Morgan TJ, Labouvie E, Bux DA. Motivational subtypes and continuous measures of readiness for change: Concurrent and predictive validity. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003;17(1):56.
221. Callaghan RC, Taylor L. Mismatch in the transtheoretical model? *American Journal on Addictions*. 2006;15(5):403-.

222. Civit Bel N, Iturbe Ferré N, Martínez Catena A, Muro Marquina A, Nguyen Vo T. Anàlisi de la motivació al canvi en subjectes que han realitzat un programa formatiu en violència domèstica. 2013.
223. DiClemente CC, Carbonari J, Zweben A, Morrel T, Lee RE. Motivation hypothesis causal chain analysis. Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses. 2001;8:206-22.
224. Tambling RB, Ketrings SA. The R-URICA: A confirmatory factor analysis and a revision to the URICA. Contemporary Family Therapy. 2014;36(1):108-19.
225. Tambling RB, Johnson LN. The relationship between stages of change and outcome in couple therapy. The American Journal of Family Therapy. 2008;36(3):229-41.
226. Callaghan RC, Taylor L, Moore BA, Jungerman FS, Vilela FADB, Budney AJ. Recovery and URICA stage-of-change scores in three marijuana treatment studies. Journal of Substance Abuse Treatment. 2008;35(4):419-26.
227. Tambling RR, Johnson LN. Predictive validity of the R-URICA. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2018.
228. Tambling RB, Johnson LN. An exploratory factor analysis of the URICA among couple therapy participants. The Family Journal. 2012;20(1):63-9.
229. Anatchkova MD, Velicer WF, Prochaska JO. Replication of subtypes for smoking cessation within the precontemplation stage of change. Addictive Behaviors. 2006;31(7):1101-15.
230. Napper LE, Wood MM, Jaffe A, Fisher DG, Reynolds GL, Klahn JA. Convergent and discriminant validity of three measures of stage of change. Psychology of Addictive Behaviors. 2008;22(3):362.
231. Sarkin JA, Johnson SS, Prochaska JO, Prochaska JM. Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. Preventive medicine. 2001;33(5):462-9.
232. SENC. Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(8).
233. Rodrigo CP, Fagúndez LJM, Servan PR, Aranceta J. Métodos de cribado y métodos de evaluación rápida. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2015;21(Supl 1):88-95.
234. De la Montaña Miguélez J, Castro L, Cobas N, Rodríguez M, Míguez M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2012;32(3):72-80.
235. Durá Travé T, Castroviejo Gandarias A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. Nutrición Hospitalaria. 2011;26(3):602-8.
236. Navarro-González I, Ros G, Martínez-García B, Rodríguez-Tadeo A, Periago M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con la calidad del desayuno en estudiantes de la Universidad de Murcia. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(4):901-8.
237. Hadziabdic MO, Mucalo I, Hrabac P, Matic T, Rahelic D, Bozikov V. Factors predictive of drop-out and weight loss success in weight management of obese patients. J Hum Nutr Diet. 2015;28 Suppl 2:24-32.
238. Jumbe S, Hamlet C, Meyrick J. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. Curr Obes Rep. 2017;6(1):71-8.
239. Herpertz S, Muller A, Burgmer R, Crosby RD, de Zwaan M, Legenbauer T. Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. Surg Obes Relat Dis. 11. United States: 2015 American Society for Bariatric Surgery. Published by Elsevier Inc; 2015. p. 1361-70.
240. Wild B, Hunnemeyer K, Sauer H, Schellberg D, Muller-Stich BP, Konigsrainer A, et al. Sustained effects of a psychoeducational group intervention following bariatric surgery: follow-up of the randomized controlled BaSE study. Surg Obes Relat Dis. 13. United States: 2017 American Society for Bariatric Surgery. Published by Elsevier Inc; 2017. p. 1612-8.

241. Aguera Z, Garcia-Ruiz-de-Gordejuela A, Vilarrasa N, Sanchez I, Bano M, Camacho L, et al. Psychological and Personality Predictors of Weight Loss and Comorbid Metabolic Changes After Bariatric Surgery. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23(6):509-16.
242. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull.* 1991;110(1):86-108.
243. Lehman AK, Rodin J. Styles of self-nurturance and disordered eating. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57(1):117-22.
244. Polivy J, Herman CP. Distress and eating: why do dieters overeat? *Int J Eat Disord.* 26. United States 1999. p. 153-64.
245. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry.* 19. England 2014. p. 544-54.
246. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl.* 39. England: 2014 Elsevier Ltd; 2015. p. 167-74.
247. McDonnell CJ, Garbers SV. Adverse childhood experiences and obesity: Systematic review of behavioral interventions for women. *Psychol Trauma.* 10. United States: 2018 APA, all rights reserved). 2018. p. 387-95.
248. Rosen JC, Orosan P, Reiter J. Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior therapy.* 1995;26(1):25-42.
249. Thompson JK. *Body image disturbance: Assessment and treatment*: Pergamon Press; 1990.
250. Grilo CM, Masheb RM. Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2005;38(2):162-6.
251. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image.* 1. Netherlands 2004. p. 43-56.
252. McCreary DR, Sasse DK. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *J Am Coll Health.* 2000;48(6):297-304.
253. Samano R, Rodriguez-Ventura AL, Sanchez-Jimenez B, Godinez Martinez EY, Noriega A, Zelonka R, et al. [Body image satisfaction in Mexican adolescents and adults and its relation with body self-perception and real body mass index]. *Nutr Hosp.* 2014;31(3):1082-8.
254. Barreto BLM, Lima JS, Albuquerque DB, Kreimer F, Ferraz AAB, Campos JM. PHYSICAL ACTIVITY, QUALITY OF LIFE AND BODY IMAGE OF CANDIDATES TO BARIATRIC SURGERY. *Arq Bras Cir Dig.* 2018;31(1):e1349.
255. Costa AJ, Pinto SL. BINGE EATING DISORDER AND QUALITY OF LIFE OF CANDIDATES TO BARIATRIC SURGERY. *Arq Bras Cir Dig.* 2015;28 Suppl 1:52-5.
256. Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, Car J, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2:CD008066.
257. Tambling RR. A Critical Evaluation of Motivation to Change Conceptualization, Measurement, and Utility in Counseling and Psychotherapy. *The Family Journal.* 2019;1066480719833399.
258. Peregalli-Politi S. Discriminación y estigma por peso en el sistema de salud: caso hipotético. *Revista de Bioética y Derecho.* 2018(44):135-47.
259. Consejería Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; 2016. Madrid: SERMAS; 2016.

8 ANEXOS

8.1 Anexo I - Hoja de Información al paciente.

TÍTULO DEL ESTUDIO: " BENEFICIOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL FRENTE AL TRATAMIENTO ESTÁNDAR EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD".

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: F^{co} Javier Quintero y Miriam P. Félix.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Gran Vía del Este 80, Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2011, desde los Servicios de Psiquiatría y Endocrinología del Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL), se puso en funcionamiento el “Programa de Atención Integral a pacientes con Obesidad” con el objetivo abordar desde un enfoque multidisciplinar el integral este grave problema de salud.

Cada vez más investigaciones muestran la conveniencia de incluir la intervención psicológica dentro del abordaje multidisciplinar de la obesidad y recientemente se han incorporado grupos de intervención psicológica al programa de intervención.

2. PROPÓSITO

El propósito de este estudio es valorar si los grupos de intervención psicológica suponen un valor añadido respecto de la intervención que se venía realizando, en concreto, si propician una mayor pérdida de peso, un mayor bienestar psicológico o una mejor calidad de vida percibida.

3. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en este estudio es totalmente voluntaria.

Si decide participar, debe firmar el consentimiento que se encuentra al final de este documento. Incluso después de firmar el consentimiento, puede abandonar el estudio en cualquier momento

sin aducir ningún motivo. Si usted decide que no quiere participar no habrá ninguna penalización. Su decisión no tendrá ningún efecto sobre su futura atención médica.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio es valorar si realizar un Programa de Intervención Psicológica Grupal mejora los resultados del tratamiento estándar respecto de la pérdida de peso, la sintomatología psiquiátrica y la calidad de vida de personas obesas que solicitan asistencia médica en el HUIL para perder peso.

Las personas que cumplan los criterios de inclusión del estudio serán asignadas aleatoriamente a uno de los dos grupos de intervención que se describen a continuación:

- Grupo de Tratamiento Estándar. Consiste en revisiones trimestrales con el psiquiatra, semestrales con el endocrino, bimensuales con el dietista y psicólogo clínico y un grupo psicoeducativo mensual.
- Grupo de Programa de Intervención Psicoterapéutica Grupal más tratamiento estándar. Se mantienen con la misma frecuencia las citas de seguimiento y se añade un grupo psicoterapéutico de 20 sesiones semanales de 90 minutos de duración. En este grupo se abordarán ciertos aspectos emocionales que consideramos en la base de la dificultad para realizar cambios de hábitos duraderos en relación con la alimentación y el ejercicio. Una vez finalizadas las 20 sesiones semanales, se realizará 1 sesión de recuerdo a los 3 meses.

Para realizar el estudio necesitaremos recoger una serie de datos antes, durante y después del tratamiento (a los 6 y 12 meses). Se tomarán 3 tipos de datos:

- 1) Datos sociodemográficos, como por ejemplo, la edad, el estado civil o el nivel de estudios, entre otros. Estos datos sólo se tomarán antes del tratamiento.
- 2) Índice de Masa Corporal: es un índice matemático que relaciona el peso y la altura de una persona. Se medirá antes del tratamiento, a los 6 y 12 meses.
- 3) Datos psicológicos. Estos datos se obtendrán de la cumplimentación de una serie de cuestionarios que miden con rapidez formas de ser y de estar en la vida. Estos cuestionarios se rellenarán antes del tratamiento, 6, 9 y 12 meses después.

- Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-3): mide comportamientos y actitudes en relación con el peso, la comida y la imagen corporal, así como características psicológicas asociadas.
- Listado de 90 síntomas (SCL-90-R): evalúa la presencia de sintomatología psicopatológica, así como el nivel de malestar psicológico de la persona.
- Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud: mide estado de salud general.
- Cuestionario URICA: evalúa la motivación y el compromiso cuando una persona se propone normalizar/mejorar su alimentación.
- Cuestionario KIDMED: valora el grado de adherencia a la dieta mediterránea.

5. CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Si usted acepta participar en el estudio, el médico y/o psicólogo clínico del estudio y el equipo de investigación recopilarán información recopilada a través de los cuestionarios, antecedentes médicos e información obtenida en la entrevista. Para proteger su identidad el personal del estudio le asignará un código numérico único y confidencial. Este número permite al personal del estudio identificar los registros de la investigación relativos a usted.

La información médica relativa a usted y todos los datos recopilados se mantendrán confidenciales conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el correspondiente Real Decreto 1720/07, que desarrolla la ley (la “normativa”) manteniendo en todo momento la confidencialidad de los datos. La información personal puede compartirse con otros, si así lo requieren la legislación aplicable o la normativa vigente. Además, las siguientes personas pueden acceder y copiar la información del estudio recopilada sobre usted junto con su historia clínica: el equipo investigador, las agencias reguladoras y sanitarias gubernamentales y los comités éticos de investigación clínica.

Al firmar este documento de consentimiento, está dando su permiso para que esto ocurra pero conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted tiene el derecho a acceder a sus datos personales y a modificarlos, oponerse a ellos y cancelarlos.

El médico del estudio tiene la responsabilidad de mantener un listado de códigos confidencial que permita vincular el número asignado al menor y el nombre. Dicha lista se mantendrá en un lugar seguro, con acceso restringido, para asegurar que podamos ponernos en contacto.

6. CONTACTOS PARA PREGUNTAS

Si usted tiene alguna pregunta relativa al estudio, póngase en contacto con la Psicóloga Clínica Miriam P. Félix Alcántara llamando al 911918205 o al 676796701.

Gracias por su participación.

Miriam P. Félix Alcántara
Psicóloga Clínica.
Hospital Infanta Leonor

Dr. Fco. Javier Quintero
Jefe del Servicio de Psiquiatría
Hospital Infanta Leonor

8.2 Anexo II: Consentimiento informado.

TÍTULO DEL ESTUDIO: BENEFICIOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL FRENTE AL TRATAMIENTO ESTÁNDAR EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD EN EL ÁREA DE VALLECAS.

Declaración de consentimiento informado

Yo, _____, con DNI _____

He leído la “hoja de información al paciente” que me han entregado.

He tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el estudio y para todas ellas he recibido respuesta satisfactoria.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He tenido tiempo suficiente para sopesar mi participación.

He hablado con el Dr/a _____

Me entregarán un ejemplar firmado y fechado del presente documento.

Entiendo que la participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio:




1. Cuando lo desee
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente certifico que accedo por voluntad propia a participar.

Fecha Nombre y firma del Participante

Fecha Nombre y Firma del Investigador

8.3 Anexo III: CEIC



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
D. Fernando Díaz Otero, Secretario del **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN
CERTIFICA

Que se ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

TÍTULO: "Beneficios de la terapia psicológica grupal frente al tratamiento estándar en el abordaje de la obesidad"
Protocolo sin versionar. Hoja de Información al paciente y Consentimiento Informado sin versionar.
Promotor: Investigador

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos legalmente establecidos, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIC actuando como comité evaluador, emite dictamen favorable y acepta que dicho estudio sea realizado en los centros siguientes por los investigadores principales que se relacionan a continuación:

Dr. Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Alamo / Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Y HACE CONSTAR QUE:

1º En la reunión celebrada el día 22 de febrero de 2016, acta 02/2016 se decidió en ítem el informe correspondiente al estudio de referencia.


2º En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente -Real Decreto 1093/2015 y Decreto 39/94 de la Comunidad de Madrid- para que la decisión del citado CEIC sea válida.

3º El CEIC, tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

4º La composición actual del CEIC es la siguiente:

- D. FELIPE ATIENZA FERNÁNDEZ (Cardiología - Presidente)
- D. ANDRÉS JESÚS MUÑOZ MARTÍN (Oncología Médica - Vicepresidente)
- D. FERNANDO DÍAZ OTERO (Neurología - Secretario)
- D. JUAN ANTONIO ANDUEZA LILLO (Medicina Interna)
- Dª. MARÍA LUISA BAEZA OCHOA DE OCÁRIZ (Alergología)
- Dª. DOROTEA BLANCO BRAVO (Pediatría)
- Dª. MARÍA DEL CARMEN DE LA CRUZ ARGUEDAS (Unidad de Apoyo a la Investigación)
- D. RAFAEL CARRIÓN GALINDO (Oncología Médica)
- D. CARLOS MANUEL GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Reumatología)
- D. VICENTE DE LAS PEÑAS GIL (Psicología Clínica)
- D. EDUARDO FERNÁNDEZ-CRUZ PÉREZ (Inmunología)
- Dª. MARÍA DEL CARMEN HERAS ESCOBAR (Enfermería)
- Dª. LEONOR MARÍA LAREDO VELASCO (Farmacología Clínica)
- D. IGNACIO MARÍN JIMÉNEZ (Aparato Digestivo)
- Dª. ANA MUR MUR (Farmacia Hospitalaria)
- Dª. MARÍA BEGOÑA QUINTANA VILLAMANDOS (Anestesiología y Reanimación)
- D. JOSÉ MIGUEL RIVAS BUENO (Licenciado en Dietética)

Lo que firmo en Madrid, a 22 de abril de 2016


Fdo.: Dr. Fernando Díaz Otero

23/16
C/ Dr. Esquivado 46, Edificio de Gobierno, Primera Planta, 28037 Madrid
ceic@guim.es Tlf. 91 585 7007 Tlf de apoyo 91 423 9376

8.4 Anexo IV: Escalas

Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea (KJDMED)

Nombre propio: _____ NHC: _____ Fecha _____

Poner una cruz en la respuesta correcta: SI o NO.

		SI	NO
1	Toma una fruta o zumo de fruta todos los días		
2	Toma una segunda fruta todos los días		
3	Toma verduras frescas o cocinadas una vez al día		
4	Toma verduras frescas o cocinadas más de una vez al día		
5	Toma pescado por lo menos 2 ó 3 veces a la semana		
6	Acude una vez o más a la semana a una hamburguesería		
7	Toma legumbres más de 1 vez a la semana		
8	Toma pasta o arroz casi a diario (5 o más veces por semana)		
9	Desayuna un cereal o derivado (pan, etc.)		
10	Toma frutos secos por lo menos 2 ó 3 veces a la semana		
11	Utilizan aceite de oliva en casa para cocinar		
12	No desayuna todos los días		
13	Desayuna un lácteo (leche, yogur, etc.)		
14	Desayuna bollería industrial		
15	Toma 2 yogures y/o queso (40 g) cada día		
16	Toma dulces o golosinas varias veces al día		

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND

University Of Rhode Island Change Assessment Scale - URICA

(McCounnaughy et al, 1989)

Nombre propio: _____ NHC: _____ Fecha : _____


Las siguientes afirmaciones describen cómo puede uno sentirse con respecto a comer sana y ordenadamente. Indique en qué medida, en el presente, está de acuerdo con cada frase.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Con la alimentación yo no tengo problemas que necesite solucionar..... ☐
2. Creo que ya estoy preparado para hacer algo que me ayude a comer mejor..... ☐
3. Estoy haciendo algo para resolver este problema que me preocupa..... ☐
4. Podría merecerme la pena empezar a comer mejor..... ☐
5. Yo no soy el problema, no tiene sentido que yo esté aquí..... ☐
6. Me preocupa retroceder en lo que ya tengo conseguido, así que debo seguir trabajando. ☐
7. Ya estoy, por fin, haciendo algo por comer mejor..... ☐
8. He estado pensando que podría querer cambiar mis malos hábitos alimentarios ☐
9. He conseguido algunos progresos, pero no estoy seguro de poder mantener este
esfuerzo por mí mismo..... ☐
10. A veces la comida es un problema difícil, pero estoy luchando por resolverlo..... ☐
11. Trabajar en mejorar mis hábitos alimentarios es una pérdida de tiempo para mí,
porque no es un problema que tenga que ver conmigo..... ☐
12. Estoy dándole vueltas al problema de alimentación para entenderme mejor a mí
mismo..... ☐
13. Supongo que tengo algún problema con la alimentación, pero no hay nada que
realmente yo tenga que cambiar..... ☐
14. Estoy realmente esforzándome mucho para resolver mi problema y comer de
forma normal..... ☐

15. Tengo un problema de alimentación y creo que debería ponerme realmente a solucionarlo..... ☐
16. No estoy manteniendo como había esperado los logros que conseguí, y trato de evitar una recaída..... ☐
17. Aunque no consigo cambiar, por lo menos lo estoy intentando..... ☐
18. Pensé que una vez hubiera resuelto el problema me vería definitivamente libre de él, pero a meces todavía me encuentro luchando con él..... ☐
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema..... ☐
20. He empezado a comer con normalidad, pero me gustaría que alguien me ayudara ☐
21. Tal vez alguien sea capaz de ayudarme..... ☐
22. Puedo ahora necesitar un empujón para mantener los logros que he conseguido ya ... ☐
23. Puede que yo sea una parte del problema alimentario, pero realmente no lo creo..... ☐
24. Espero que alguien tenga algún buen consejo para mí con respecto a mi problema ☐
25. Mucha gente puede tener problemas con la alimentación, por mi parte, yo ya estoy haciendo algo por resolverlos..... ☐
26. Tanta charla sobre psicología es ya aburrida, ¿por qué la gente se preocupa tanto de normalizar la alimentación?..... ☐
27. Estoy trabajando por evitar caer de nuevo en mis malos hábitos alimentarios..... ☐
28. Es frustrante, pero creo que puedo estar teniendo una recaída en el problema que creía haber resuelto..... ☐
29. Me preocupa el problema alimentario, como a todos, pero ¿por qué perder el tiempo dándole más vueltas?..... ☐
30. Estoy trabajando activamente por comer con normalidad..... ☐
31. Prefiero tolerar mi problema antes que empezar a comer de manera normal..... ☐
32. Después de todo lo que he hecho por comer normalmente, de vez en cuando aún me acosa el problema..... ☐

Nombre y Apellidos: _____			
Nº _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Edad: _____	Fecha de hoy: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Procedencia: _____		Entrevistador: _____	



SCL-90-R

Symptom Checklist-90-R

Cuestionario de 90 síntomas

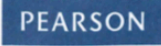
INSTRUCCIONES

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.


Rodee con un círculo el **cero 0** si no ha tenido esa molestia en absoluto; el **uno 1** si la ha tenido un poco presente; el **dos 2** si la ha tenido moderadamente; el **tres 3** si la ha tenido bastante y el **cuatro 4** si la ha tenido mucho o extremadamente.


El presente cuestionario forma parte de su historia clínica y está sujeto a estricto secreto profesional

Copyright © 1977, 1983, 1994 Leonard R. Derogatis Ph.D. - Todos los derechos reservados. Publicado y distribuido por NCS Pearson, Inc. Copyright de la edición española © 2000, 2002, reimpreso 2012, Leonard R. Derogatis Ph.D. - Todos los derechos reservados. Publicado por Pearson Educación S.A., Ribera del Loira 28 1ª, 28042 Madrid.
Depósito Legal: M-9436-2012. SCL-90-R by Leonard R. Derogatis Ph.D. - Adaptación española de J. L. González de Rivera y cols. 1988. Prohibida la reproducción total o parcial. Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE**.
Printed in Spain. Impreso en España.

**PEARSON**

Pearson Clinical & Talent Assessment

**PsychCorp**


8 435085 113338

HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Tímidez o incomodidad ante el sexo opuesto.	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien .	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo..	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada.	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera .	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES.

MUY IMPORTANTE

NO ESCRIBA NADA EN ESTE RECUADRO O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO.



INSTRUCCIONES

Las afirmaciones que aparecen a continuación describen actitudes, sentimientos y comportamientos. Algunas de las cuestiones están relacionadas con la comida, la forma de comer y los intentos de controlar el peso. Otras cuestiones tratan sobre los sentimientos hacia uno mismo.

En cada afirmación tienes que decidir si lo que se describe te pasa a ti:

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

Rodea, en la **hoja de respuestas**, el número de la opción que consideres más adecuada en tu caso. Por ejemplo, si en una afirmación consideras que lo que se describe es algo que te ocurre a ti **Casi siempre** deberías rodear el número 4.

Debes contestar a **todas** las cuestiones. Si te equivocas al marcar la respuesta o simplemente quieres cambiarla **NO BORRES**. Para cambiar tu respuesta dibuja una X encima de la respuesta que quieras cambiar y después rodea con un círculo la nueva respuesta.

**NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO,
ANOTA TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS.**



Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc, USA.
Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.

Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - *Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE* - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

	NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

- 48 Creo que las personas son más felices cuando son niños.
- 49 Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
- 50 Me considero una persona valiosa.
- 51 Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
- 52 Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
- 53 Pienso en vomitar para perder peso.
- 54 Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
- 55 Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
- 56 Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
- 57 Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
- 58 Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
- 59 Creo que mi trasero es demasiado grande.
- 60 Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
- 61 Como o bebo a escondidas.
- 62 Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
- 63 Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
- 64 Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
- 65 La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
- 66 Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
- 67 La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
- 68 Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
- 69 Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
- 70 Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
- 71 Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
- 72 Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
- 73 Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
- 74 Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
- 75 La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
- 76 La gente comprende mis verdaderos problemas.
- 77 Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
- 78 Comer por placer es signo de debilidad moral.
- 79 Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
- 80 Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
- 81 Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
- 82 Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
- 83 Los demás dicen que me irrita con facilidad.
- 84 Tengo la sensación de que todo me sale mal.
- 85 Tengo cambios de humor bruscos.
- 86 Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
- 87 Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
- 88 El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
- 89 Sé que la gente me aprecia.
- 90 Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
- 91 Creo que realmente sé quién soy.

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:			
Excelente	1		
Muy buena	2		
Buena	3		
Regular	4		
Mala	5		
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?			
Mucho mejor ahora que hace un año	1		
Algo mejor ahora que hace un año	2		
Más o menos igual que hace un año	3		
Algo peor ahora que hace un año	4		
Mucho peor ahora que hace un año	5		
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?			
Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3
4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?			
	Sí	No	
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2	
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2	
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2	
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p.ej., le costó más de lo normal)?	1	2	
5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?			
	Sí	No	
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2	
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2	
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2	

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud
(Short-Form, SF-36)

CONTINUACIÓN

6. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?							
Nada	1						
Un poco	2						
Regular	3						
Bastante	4						
Mucho	5						
7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante <i>las 4 últimas semanas</i> ?							
No, ninguno	1						
Sí, muy poco	2						
Sí, un poco	3						
Sí, moderado	4						
Sí, mucho	5						
Sí, muchísimo	6						
8. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿hasta qué punto <i>el dolor</i> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?							
Nada	1						
Un poco	2						
Regular	3						
Bastante	4						
Mucho	5						
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante <i>las últimas 4 semanas</i> . En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante <i>las últimas 4 semanas</i> , ¿cuánto tiempo...							
		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6	
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6	
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6	
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6	
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6	
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6	
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6	
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6	
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6	
10. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?							
Siempre	1						
Casi siempre	2						
Algunas veces	3						
Sólo algunas veces	4						
Nunca	5						
11. Por favor, diga si le parece <i>cierta</i> o <i>falsa</i> cada una de las siguientes frases:							
		Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa	
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5		
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5		
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5		
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5		

(Versión española 1.3 – July 15, 1994 por Jordi Alonso, MD, PhD; on behalf of the IQOLA Project.)

8.5 Anexo V: Registro de variables clínicas y sociodemográficas

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nacionalidad	Español	
	Otras nacionalidades	

Estado civil	Casado/Vive en pareja	
	Soltero	
	Separado	
	Viudo	

Nivel Estudios	Sin estudios	
	EGB o Primaria	
	ESO o Secundaria	
	Bachiller o Grado superior	
	Universidad	

Convivencia	Familia origen	
	Familia propia	
	Sólo / Comparte piso	

Edad primera ganancia de peso	Feto macrosómico	
	1ª infancia (≤ 5 años)	
	2ª infancia (5-11 años)	
	Adolescencia (12-18 años)	
	Juventud (19-25 años)	
	Adulted (26-65 años)	
Intentos de perder peso	Ancianidad (>65 años)	
	Ninguno	
	De 0 a 2	
	De 3 a 5	
	Más de 5	
	Continuo estado de dieta	

Trabaja	Sí	
	No	

Situación laboral si NO trabaja	Estudiante	
	Paro	
	ILT o baja temporal	
	ILP	
	Jubilado	

A. P. Psiquiátricos	Ansiedad	
	Depresión	
	Trastorno Adaptativo	
	TEPT	
	Adicción	
	TCA	
	T. Personalidad	
Otros		

Comorbilidad Somática	No	
	Sí	

Enfermedades somáticas	HTA	
	Dislipemia	
	Diabetes Mellitus	
	Alergia	
	Asma	
	Hipotiroidismo	
	Cáncer próstata	
	Cáncer mama/ovarios	
	Apnea del sueño	
	Sínd. Ovario Poliquístico	
Otras		

